FACULTE DE MEDECINE
CRETEIL
UNIVERSITE PARIS XII

ANNEE 1972 — THESE — N° 3

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul-François CHANTEREAU

Né le 21 décembre 1939 au CREUSOT

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Région de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . .

LA VISITE AU DOMICILE DU MALADE PSYCHIATRIQUE :

MOYEN PRIVILEGIE POUR LA PREMIERE RENCONTRE MALADE–PSYCHIATRE ?

REFLEXIONS A PROPOS D'UNE PRATIQUE

Président : Monsieur BOURGUIGNON, Professeur

EDITIONS MEDICALES ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTE DE MEDECINE
CRETEIL
UNIVERSITE PARIS XII

ANNEE 1972 **THESE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul-François CHANTEREAU
Né le 21 décembre 1939 au CREUSOT
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Région de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . .

LA VISITE AU DOMICILE DU MALADE PSYCHIATRIQUE :
MOYEN PRIVILEGIE POUR LA PREMIERE RENCONTRE MALADE–PSYCHIATRE ?
REFLEXIONS A PROPOS D'UNE PRATIQUE

Président : Monsieur BOURGUIGNON, Professeur

EDITIONS MEDICALES ET UNIVERSITAIRES
40, rue Pascal - PARIS XIIIe

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Mais qu'y a-t-il donc de si périlleux dans le fait que les gens parlent et que leurs discours indéfiniment prolifèrent ?

Où donc est le danger ?

Michel Foucault.

La maison doit être l'écrin de la vie.

Le Corbusier.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550019_0025

A ma Grand-mère,

A mes Parents,

A ma Soeur.

A Monsieur le Professeur BOURGUIGNON,

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse.

A Monsieur le Docteur CORRE,

Médecin des hôpitaux pschiatriques,

chez qui je fus interne pour la première fois.

Il me laissa éprouver mes notions théoriques au contact de la réalité.

A Monsieur le Docteur SANCHEZ,

Médecin des hôpitaux psychiatrique et à l'hôpital psychiatrique Frantz-FANON (Blida, Algérie) où j'exerçais durant de nombreux mois.

Le travail pratique y fut important et toujours passionnant.

A Madame le Docteur AMADO,

Médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine

et à son service.

Cette thèse est un modeste hommage au style de travail qu'elle y promouvait constamment.

A Monsieur le Professeur SIVADON

A Monsieur le Docteur CHANOIT,

Médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Chez eux, à l'Institut Marcel Rivière (La verrière), nous avons, depuis lors, découvert bien d'autres aspects fascinants de la psychiatrie.

Qu'ils en soient remerciés.

A tous mes amis.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Ayant exercé durant deux années (1968-1970) les fonctions d'interne en psychiatrie dans le service de Madame le Docteur AMADO, au Centre Psychothérapique des Murets (Hôpital psychiatrique de La Queue en Brie - Val de Marne), j'ai été amené à ajouter à mon activité proprement hospitalière centrée surtout sur la matinée, une activité extra hospitalière durant le restant de la journée dans le cadre du secteur géographique desservi par le service : soit les communes de Champigny et de Saint-Maur.

Dans ce travail psychaitrique "de secteur", outre diverses consultations assurées dans les dispensaires et un rôle important de liaison : liaison dispensaire - dispensaire (centre médico psychologique de Saint-Maur et Centre Médico psychologique de Champigny), liaison dispensaires - hôpital, liaison avec les médecins généralistes et les différentes structures sociales du secteur (par exemple, centre culturel ou foyer de travailleurs), une de mes activités majeures a été celle des visites aux domiciles des malades (que nous dénommeront V.A.D. au cours de ce travail).

Ces visites, je les ai effectuées parfois seul mais la plupart du temps avec une des infirmières plus spécialement chargée de ce travail (infirmière visiteuse), mais aussi avec des infirmières de l'hôpital, des assistantes sociales de différents dispensaires ou de la Mairie, des médecins généralistes parfois qui nous avaient signalé le malade.

Dans cette expérience assez importante, puisque j'ai pu ainsi pratiquer en plus d'une année plusieurs centaines de

V.A.D., il m'est rapidement apparu que notre action pouvait être souvent jugée comme paradoxale au ambigüe et que cette notion de V.A.D. n'allait pas de soi.

Ce qui m'a paru intéressant, c'est comment, brusquement, au cours d'une pathologie chronique de la communication à l'intérieur d'une famille (ou d'un groupe) jusqu'ici non explicitée, une V.A.D. pouvait-elle être demandée à un psychiatre pour la première fois (peu importe le lieu d'émission de la demande : autorités locales, médecins, intermédiaires, etc...), c'est-à-dire comment pouvaient se rencontrer pour la première fois un malade et un psychiatre par le biais d'une V.A.D. C'est ce que nous étudierons ici dans ce travail, laissant de côté tous les autres aspects des V.A.D. (V.A.D. dans le cadre d'une post cure hospitalière, V.A.D. réalisant une hospitalisation à domicile en particulier).

Jusqu'à maintenant, il n'y a eu que fort peu de littérature consacrée à ce sujet. Il existe plusieurs travaux sur le secteur, son organisation, son idéologie, différents aspects de sa pratique, mais, à notre connaissance, aucun sur la V.A.D. Cela est d'autant plus dommage que, à mon avis, cette notion de V.A.D. psychiatrique revêt une importance primordiale à plusieurs points de vue :

- point de vue médical et idéologique (s'agit-il là vraiment d'une thérapeutique "efficace" dans le cadre d'une sectorisation psychiatrique éventuellement discutable) ;

- point de vue juridique (a-t-on le droit de pénétrer parfois peut-être de manière un peu ferme chez des particuliers, notion de violation de domicile - ; on connaît de même les problèmes d'assurances, automobiles ou personnelles, des infirmiers visiteurs qui n'ont pas toujours à voir avec les fantasmes mobilisés au cours d'une V.A.D.) ;

- point de vue déontologique (notion de secret médical - le psychiatre révélant la Folie où il se trouve, sa simple

présence n'est-elle pas une violation du secret médical ?) ;

- point de vue expérimental et pratique (les V.A.D. sont certainement un procédé qui ira en se généralisant - est-ce un bien - vue l'acceptation le plus souvent finalement passive de la V.A.D. par les malades ; n'y a-t-il pas là une grande facilité ?) ;

- point de vue philosophique (comment la vénérée Raison peut-elle frapper à la porte de la folle du logis ?) ;

- point de vue économique (est-ce un moyen "rentable" pour la société de soigner ?) ;

- point de vue politique enfin (nécessité pour une société de réduire tous ses déviants, au profit de qui cette réduction se fait-elle toujours ? Il n'est qu'à considérer la récente possibilité qui a été accordée aux autorités policières de pénétrer à tous moments dans le domicile de particuliers suspectés de se livrer à l'usage de la drogue).

Le travail présenté ici fera état des réflexions issues de notre pratique quotidienne et des difficultés rencontrées pour trouver un juste milieu entre interventionisme et abstentionisme. Un mot s'impose : prudence.

oOo

HISTORIQUE DES VISITES AU DOMICILE PSYCHIATRIQUES

HISTORIQUE DES VISITES AU DOMICILE PSYCHIATRIQUES

La notion de V.A.D. du malade dans le cadre d'une pratique psychiatrique est une notion récente et ses applications réelles dans le cadre de la politique du secteur sont encore bien imparfaites.

L'historique de cette V.A.D. me semble inséparable de l'historique du service social dans son ensemble et de l'étude de son évolution.

Certains auteurs (Marie-Hélène De BOUSQUET in Le Service Social) précisent que trois courants ont présidé tour à tour ou parallèlement au développement de l'action sociale et peut-être est-il possible de les retrouver sons jacents à l'idéologie des V.A.D. psychiatriques.

Ces courants sont :

- l'élan spontané, la notion de bonté qui porte les êtres les uns vers les autres ;
- la spiritualité ou une soif de justice sociale avec le souci du prochain ;
- le souci de l'ordre public, d'une société policée ; en effet, aussi loin que l'on remonte, toute société ayant le souci de se prémunir contre les risques qui la menacent (sanitaire,. économique, social, politique).

C'est ainsi que le premier stade de l'effort social fut l'entraide parmi les membres d'un même groupe, en particulier la famille au sens large, puis nous retrouvons le partage fraterbel des premiers chrétiens, l'assistance charitable du Moyen-Age, la bienfaisance romantique, les oeuvres patronales du 19ème siècle et la construction du socialisme.

Ainsi, du 15ème au 18ème siècle, lorsque la guerre, la famine, les épidémies eurent étendu le paupérisme au point qu'il devienne une menace pour l'ordre public, des mesures d'assistance furent crées La lutte organisée contre la mendicité allait réunir en des lieux communs tous les déviants dangereux d'une société (on les retrouvera en grand nombre dans les divers asiles et les hôpitaux psychiatriques) : les affamés, les pauvres, les pestiférés, les fous, les invalides, les mendiants, les prostituées et les pillards.

Puis, au 19ème siècle, par une évolution des idées, par une accentuation de la misère des ouvriers avec la révolution industrielle, par un certain paternalisme, la collectivité petit-à-petit se découvre l'obligation de faire des efforts en faveur de ses déshérités et c'est ainsi que progressivement la présence d'un corps intermédiaire, professionnel, organisé, s'impose désormais : le service social.

Dès 1903, àux Etats-Unis à Chicago et en Angleterre à Liverpool, commence l'enseignement de ce "service social". Cet enseignement s'adresse surtout (les choses ont actuellement certainement peu changé) à des jeunes filles, celles-ci au début issues des milieux aisés et désireuses de donner un sens nouveau à leur existence. Ce fait est très important si l'on considère comme nous le faisons que les V.A.D. médicales psychiatriques découlent des V.A.D. effectuées par les assistantes sociales, donc peut-être dans une ambiance féminine, maternelle, de protection ...

Donc, à cette époque (1903), un médecin américain, le Docteur CABOT, adjoint une assistante sociale à son dispensaire et note à ce propos :

"Je disais à un homme qu'il avait besoin de vacances, de repos complet ; je disais à une femme qu'elle devait envoyer ses enfants à la campagne, et il me suffisait de réfléchir une minute pour me rendre compte que ni dans un cas ni dans l'autre

mes consultants n'étaient à même de suivre une prescription, qui de mon point de vue était la seule possible et utile. Il aurait été aussi irrationnel de leur administrer des remèdes qu'à un cheval fatigué montant les côtes avec une trop lourde charge.

... C'est alors que je me rendis compte de la nécessité d'un visiteur à domicile, d'un assistant social*,.. Le but était d'approfondir notre connaissance du malade, afin de pouvoir rendre un meilleur diagnostic, et secondairement d'essayer de répondre aux besoins économiques et moraux du malade.

Un traitement rationnel était impossible sans une connaissance de la situation économique du malade et, plus encore, de sa psychologie, de son caractère, de son passé mental et industriel, de tout ce qui avait contribué à l'amener à sa situation présente, à la livrer à la maladie, à la frayeur, à l'inquiétude, à la pauvreté ..."

Nous voyons donc ici dans ce passage très important, au début du service social, le médecin - de médecine générale - installé dans son dispensaire envoyer au domicile du malade un technicien qui, ayant approché le malade de plus prêt, dans son cadre, lui apportera d'autres éléments pour étayer son diagnostic et lui permettra de mieux répondre à ses besoins réels.

Nous verrons plus loin que ces buts sont véritablement très proches de ceux que se propose une V.A.D. médicale psychiatrique.

Mais pendant ce temps là, qu'en était-il des psychiatres ?

Les psychiatres publics, par suite de la ségrégation et de l'isolement dont étaient victimes les malades mentaux, se retrouvaient avec ceux-ci derrière les murs de leurs asiles,

* c'est nous qui soulignons

puissants et solitaires. Ce n'est qu'en 1945, avec la "Révolution psychiatrique" dont l'un des buts était "l'unité et l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure, que le psychiatre put commencer à sortir de sonisolement, à regarder autour de lui avec crainte et émerveillement ce qui allait être son secteur d'activités.

Petit à petit, il apprend à suivre dans des dispensaires d'hygiène mentale les malades qu'il a fait sortir de l'hôpital, dans des consultations dites de post-cure. Par ailleurs, viennent aussi dans ces dispensaires pour la première fois des malades motivés pour les soins. Dans ces lieux, le psychiatre vacataire, qui ne fait que passer, rencontre un des personnages stables du dispensaire : l'assistante sociale. Celle-ci, connaissant bien les alentours du dispensaire par les liaisons qu'elle entretient avec ses confrères et les diverses collectivités de la région, est amenée à connaître des situations socio-médico-psychologiques difficiles ; elle commence alors à proposer au médecin de l'accompagner dans ces V.A.D. qu'elle a coutume d'effectuer seule, puis, plus tard, avec l'augmentation considérable de la clientèle, elle lui soumet "le signalement" qu'elle a reçu et le médecin y va alors seul. Longtemps les V.A.D. ainsi exercées ont été effectuées surtout à la demande urgente des familles ou alors pour aller voir ce qui se passait devant le silence ou l'absence de certains malades suivis en post-cure.

Puis la demande s'est médicalisée (demande directe d'assistance psychiatrique) et bien souvent le médecin effectue la V.A.D. seul.

Nous avons donc vu les origines de la création de l'assistance sociale, l'envoi de celle-ci par le médecin au domicile du malade, sa connaissance et sa pratique progressive du milieu vis à vis des malades, connaissance et pratique qu'elle a transmis au psychiatre vacataire de dispensaire récemment sorti de son asile.

Actuellement, il est certain que les activités et les différents rôles sont plus ou moins en train de se redistribuer dans un travail fondamental d'équipe au sein d'un dispensaire, mais il est hors de doute que, de ses origines telles que nous venons de le décrire, la V.A.D. psychiatrique garde une empreinte, ce qui la rend bien souvent ambigüe dans ses applications.

Il s'agit là de l'historique des V.A.D. en général mais leur développement ici et là a suivi le génie local des divers secteurs psychiatriques.

oOo

NOTES SUR LES COMMUNES
DE CHAMPIGNY ET DE SAINT-MAUR
ET SUR LEUR DISPOSITIF
D'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

NOTES SUR LES COMMUNES DE CHAMPIGNY ET DE SAINT-MAUR ET SUR LEUR DISPOSITIF D'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

I - Les communes de Champigny et de Saint-Maur

Nous ne nous appesantirons pas sur des chiffres et des considérations inutiles mais nous nous attacherons simplement à faire ressortir les points saillants qui ont pu influer sur notre pratique.

Nous présenterons tout d'abord quelques tableaux de l'I.N.S.E.E. reflètant le dernier recensement de 1968.

oOo

POPULATION TOTALE PAR SEXE ET AGE – CHAMPIGNY

Année de naissance	Age au 1/1/69	Les deux sexes		Sexe masculin	Sexe féminin
		Nombre	%		
1949-1968	0-19	23096	33,8	12060	11036
1904-1948	20-64	39436	57,7	20372	19064
1903 ou avant	65 ou plus	5856	8,6	2316	3540
TOTAL		68388	100,0	34748	33640

POPULATION TOTALE PAR SEXE ET AGE – SAINT-MAUR

Année de naissance	Age au 1/1/69	Les deux sexes		Sexe masculin	Sexe féminin
		Nombre	%		
1949-1968	0-19	20708	27,2	10604	10104
1904-1948	20-64	45380	59,5	22128	23252
1903 ou avant	65 ou plus	10176	13,3	3900	6276
TOTAL		76264	100,0	36632	39632

CHAMPIGNY – POPULATION TOTALE ET POPULATION ACTIVE PAR SEXE ET NATIONALITE –

Sexe			Population Totale	Français	Etrangers	dont			
						Ensemble CEE	Italiens	Espagnols	Algériens
M	Ensemble		34748	29400	5348	616	576	304	760
	dont : actifs		20560	16476	4084	380	356	184	588
F	Ensemble		33640	31000	2640	444	408	232	256
	dont : actives		10948	10352	596	92	76	48	8
les deux sexes	Ensemble	Nombre	68388	60400	7988	1060	984	536	1016
		%	100,0	88,3	11,7	1,5	1,4	0 8	1,5
	dont : actifs	Nombre	31508	26828	4680	472	432	232	596
		%	100,0	85,1	14,9	1,5	1,4	0,7	1,9

SAINT-MAUR – POPULATION TOTALE ET POPULATION ACTIVE PAR SEXE ET NATIONALITE –

Sexe			Population totale	Français	Etrangers	dont			
						Ensemble CEE	Italiens	Espagnols	Algériens
M	Ensemble		36632	33408	3224	472	372	236	596
	dont : actifs		21768	19408	2360	340	276	160	484
F	Ensemble		39632	37684	1948	360	292	312	124
	dont : actives		13980	13352	628	88	76	108	8
les deux sexes	Ensemble	Nombre	76264	71092	5172	832	664	548	720
		%	100,0	93,2	6.8	1,1	0,9	0,7	0.9
	dont : actifs	Nombre	35748	32760	2988	428	352	268	492
		%	100,0	91,6	8,4	1,2	1,0	0,7	1,4

DIPLOMES D'ENSEIGNEMENT GENERAL – CHAMPIGNY

Population de 15 ans ou plus, ni scolaire, ni apprentie

Diplômes (E.G.)	Les deux sexes	Sexe masculin	Sexe féminin
1 - Certificat d'études primaires	20052	9972	10080
2 - B.E.P.C., B.E. ou B.E.P.S.	4596	2008	2588
3 - Baccalauréat (a) ou brevet supérieur	1464	748	716
4 - Diplômes de niveau supérieur au baccalauréat complet	1180	804	376
5 - Aucun diplôme déclaré	19280	9788	9492
TOTAL	46572	23320	23352

DIPLOMES D'ENSEIGNEMENT GENERAL – SAINT-MAUR

Population de 15 ans ou plus, ni scolaire, ni apprentie

Diplômes (E.G.)	Les deux sexes	Sexe masculin	Sexe féminin
1 - Certificat d'études primaires	24708	11704	13004
2 - B.E.P.C., B.E. ou B.E.P.S.	7212	2856	4356
3 - Baccalauréat (a) ou brevet supérieur	3324	1496	1828
4 - Diplômes de niveau supérieur ou baccalauréat complet	3300	2396	904
5 - Aucun diplôme déclaré	16964	7540	9424
TOTAL	55508	25992	29516

(a) 1ère partie, probatoire ou 2ème partie.

SAINT-MAUR – DIPLOMES D'ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL OU TECHNIQUE

Population de 15 ans ou plus, ni scolaire, ni apprentie

Diplômes (E.P.)	Les deux sexes	Sexe masculin	Sexe féminin
1 - C.A.P.	5060	2876	2184
2 - Brevets (a)	1740	720	1020
3 - Autres diplômes	5444	2804	2640
4 - Aucun diplôme déclaré	43264	19592	23672
TOTAL	55508	25992	29516

CHAMPIGNY – DIPLOMES D'ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL OU TECHNIQUE

Population de 15 ans ou plus, ni scolaire, ni apprentie

Diplômes (E.P.)	Les deux sexes	Sexe masculin	Sexe féminin
1 - C.A.P	4880	2808	2072
2 - Brevets (a)	1216	500	716
3 - Autres diplômes	3468	1888	1580
4 - Aucun diplôme déclaré	37008	18124	18884
TOTAL	46572	23320	23252

(a) Brevet d'enseignement commercial (B.E.C.), industriel (B.E.I.), social (B.E.S.), hôtelier (B.E.H.), agricole (B.E.A.), etc...

CHAMPIGNY – POPULATION TOTALE
PAR SEXE ET CATEGORIE SOCIO–PROFESSIONNELLE

Catégorie socio-professionnelle (C.S.D.)		Les deux sexes		Sexe masculin	Sexe féminin	
		Nombre	%		Nombre	Taux(a)
0	- AGRICULTEURS EXPLOITANTS	8	-	8	-	-
1	- SALARIES AGRICOLES	48	0,2	32	16	33,3
	21. Industriels	148	0,5	128	20	13,5
	22. Artisans	884	2,8	752	132	14,9
	23. Patrons pêcheurs	-	-	-	-	-
	26. Gros commerçants	276	0,9	180	96	34,8
	27. Petits commerçants	1316	4,2	732	584	44,4
2	- PATRONS DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE	2624	8,3	1792	832	31,7
	30. Professions libérales	136	0,4	104	32	23,5
	32. Professeurs; professions littéraires et scientifiques	240	0,8	120	120	50,0
	33. Ingénieurs	404	1,3	384	20	5,0
	34. Cadres administratifs supérieurs	940	3,0	832	108	11,5
3	- PROFESSIONS LIBERALES ET CADRES SUPERIEURS	1720	5,5	1440	280	16.3
	41. Instituteurs; professions intellectuelles diverses	656	2,1	244	412	62,8
	42. Services médicaux et sociaux	292	0,9	56	236	80,8
	43. Techniciens	1504	4,8	1316	188	12,5
	44. Cadres administratifs moyens	1756	5,6	1116	640	36,4
4	- CADRES MOYENS	4208	13,4	2732	1476	35,1
	51. Employés de bureau	5352	17,0	1724	3628	67,8
	53. Employés de commerce	1320	4,2	540	780	59,1
5	- EMPLOYES	6672	21,2	2264	4408	66 1
	60. Contremaîtres	864	2,7	804	60	6,9
	61. Ouvriers qualifiés	5220	16,6	4316	904	17,3
	63. Ouvriers spécialisés	3860	12,3	2836	1024	26,5
	65. Mineurs	72	0,2	72	-	-
	66. Marins et pêcheurs	-	-	-	-	-
	67. Apprentis ouvriers	312	1,0	272	40	12,8
	68. Manoeuvres	3312	10,5	2552	760	22,9
6	- OUVRIERS	13640	43,3	10852	2788	20,4
	70. Gens de maison	228	0.7	24	204	89,5
	71. Femmes de ménage	344	1,1	4	340	98,8
	72. Autres personnels de service	1068	3,4	528	540	50,6
7	- PERSONNELS DE SERVICE	1640	5,2	556	1084	66,1
	80. Artistes	104	0,3	64	40	38.5
	81. Clergé	32	0,1	16	16	50.0
	82. Armée et police	812	2,6	804	8	1,0
8	- AUTRES CATEGORIES	948	3,0	884	64	6,8
	91. Etudiants et élèves	2428		1268	1160	47.8
	92. Militaires du contingent	268		268	-	-
	93. Anciens agriculteurs (exploitants et salariés)	88		32	56	63.6
	94. Retirés des affaires	388		144	244	62,9
	95. Retraités du secteur public	768		520	248	32,3
	96. Anciens salariés du secteur privé	3860		1596	2264	58.7
	97. Autres personnes non actives (0 à 16 ans)	19012		9852	9160	48,2
	98. Autres personnes non actives (17 à 64 ans)	8716		444	8272	94,9
	99. Autres personnes non actives (65 ans et plus)	1352		64	1288	95,3
9	- PERSONNES NON ACTIVES	36880		14188	22696	61,5
TOTAL		68388		34748	33640	49,2
dont : actifs (0 à 8)		31508	100,0	20560	10948	34,7

(a) Nombre de femmes pour 100 personnes du même C.S.D.

SAINT-MAUR – POPULATION TOTALE
PAR SEXE ET CATAGORIE SOCIO–PROFESSIONNELLE

Catégorie socio-professionnelle (C.S.D.)		Les deux sexes		Sexe masculin	Sexe féminin	
		Nombre	%		Nombre	Taux (a)
0	- AGRICULTEURS EXPLOITANTS	28	0,1	16	12	42,9
1	- SALARIES AGRICOLES	52	0,1	48	4	7,7
	21. Industriels	308	0,9	276	32	10,4
	22. Artisans	1184	3,3	1012	172	14.5
	23. Patrons pêcheurs	-	-	-	-	-
	26. Gros commerçants	596	1,7	436	160	26,8
	27. Petits commerçants	1712	4,8	956	756	44.2
2	- PATRONS DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE	3800	10,6	2680	1120	29,5
	30. Professions libérales	456	1.3	360	96	21,1
	32. Professeurs; professions littéraires et scientifiques	640	1,8	348	292	45,6
	33. Ingénieurs	1108	3,1	1072	36	3,2
	34. Cadres administratifs supérieurs	1836	5,1	1568	268	14,6
3	- PROFESSIONS LIBERALES ET CADRES SUPERIEURS	4040	11,3	3348	692	17,1
	41. Instituteurs; professions intellectuelles diverses	1152	3,2	376	776	67,4
	42. Services médicaux et sociaux	496	1,4	96	400	80,6
	43. Techniciens	1824	5,1	1612	212	11,6
	44. Cadres administratifs moyens	2772	7,8	1688	1084	39,1
4	- CADRES MOYENS	6244	17,5	3772	2472	39,6
	51. Employés de bureau	5956	16,7	1676	4280	71.9
	53. Employés de commerce	1592	4,5	800	792	49,7
5	- EMPLOYES	7548	21,1	2476	5072	67,2
	60. Contremaîtres	736	2,1	672	64	8,7
	61. Ouvriers qualifiés	4496	12,6	3656	840	18,7
	63. Ouvriers spécialisés	3660	10,2	2684	976	26,7
	65. Mineurs	24	0,1	24	-	-
	66. Marins et pêcheurs	-	-	-	-	-
	67. Apprentis ouvriers	168	0,5	160	8	4,8
	68. Manoeuvres	1836	5,1	1136	700	38,1
6	- OUVRIERS	10920	30,5	8332	2588	23,7
	70. Gens de maison	532	1,5	36	496	93,2
	71. Femmes de ménage	604	1,7	-	604	-
	72. Autres personnels de service	1340	3,7	544	796	59,4
7	- PERSONNELS DE SERVICE	2476	6,9	580	1896	76 6
	80. Artistes	136	0,4	92	44	32,4
	81. Clergé	84	0,2	8	76	90,5
	82. Armée et police	420	1,2	416	4	1,0
8	- AUTRES CATEGORIES	640	1,8	516	124	19,4
	91. Etudiants et élèves	3552		1740	1812	51,0
	92. Militaires du contingent	304		304	-	-
	93. Anciens agriculteurs (exploitants et salariés)	96		20	76	79,2
	94. Retirés des affaires	860		360	500	58,1
	95. Retraités du secteur public	1312		804	508	38,7
	96. Anciens salariés du secteur privé	6024		2380	3644	60,5
	97. Autres personnes non actives (0 à 16 ans)	16864		8640	8224	48.8
	98. Autres personnes non actives (17 à 64 ans)	9248		492	8756	94,7
	99. Autres personnes non actives (65 ans et plus)	2256		124	3132	94,5
9	- PERSONNES NON ACTIVES	40516		14864	25652	63,3
TOTAL		76264		36632	39632	52,0
dont actifs (0 à 8)		35748	100,0	21768	13980	39,1

(a) Nombre de femmes pour 100 personnes du même C.S.D.

CHAMPIGNY - MENAGES ORDINAIRES
SUIVANT LE NOMBRE D'ENFANTS DE 16 ans OU MOINS

Nombre d'enfants de 16 ans ou moins	Nombre de ménages
0	10 496
1	4 400
2	3 096
3	1 408
4	600
5 ou plus	332
Total	20 332

SAINT - MAUR - MENAGES ORDINAIRES
SUIVANT LE NOMBRE D'ENFANTS DE 16 ANS OU MOINS

Nombre d'enfants de 16 ans ou moins	Nombre de ménages
0	16 956
1	5 152
2	2 952
3	1 132
4	352
5 ou plus	188
Total	26 732

CHAMPIGNY - LOGEMENTS PAR CATEGORIE

Catégorie de logement	Ensemble
ENSEMBLE DES RESIDENCES PRINCIPALES	20 332
dont :	
.logements ordinaires	19 404
. pièces indépendantes	80
. chambres meublées	224
. constructions provisoires	156
. habitations de fortune	468
logements vacants	1 172
résidences secondaires	372
Total	1 876

SAINT-MAUR - LOGEMENTS PAR CATEGORIE

Catégorie de logement	Ensemble
ENSEMBLE DES RESIDENCES PRINCIPALES	26 732
dont :	
. logements ordinaires	26 120
. pièces indépendantes	132
. chambres meublées	380
. constructions provisoires	28
. habitations de fortune	72
logements vacants	2 476
résidences secondaires	624
Total	29 832

CHAMPIGNY - OCCUPATION DES LOGEMENTS

Nombre moyen	Ensemble des résidences principales	dont : logements ordinaires
de personnes par logement	3,25	3,27
de personnes par pièces	1,06	1,05
de pièces par logement	3,07	3,13

SAINT-MAUR - OCCUPATION DES LOGEMENTS

Nombre moyen	Ensemble des résidences principales	dont : logements ordinaires
de personnes par logement	2,80	2,81
de personnes par pièces	0,91	0,90
de pièces par logement	3,08	3,12

Remarquons simplement que la population de Saint-Maur (76 264 habitants) comprend un nombre de personnes âgées bien supérieur à la population de Champigny (68 388 habitants), ce qui fait que ces communes ont finalement un profil bien différent : Champigny présente dans l'ensemble une population pauvre avec un grand nombre d'ouvriers, population dans laquelle le chômage est une menace fréquente (la section locale de l'emploi est surchargée), de nombreux malades au chômage et capables de travailler n'arrivent pas à se reclasser. De plus le nombre d'ouvriers étrangers, en particulier algériens, et surtout portugais, y est très important et une consultation spécialement destinée aux portugais fonctionne au centre médico psychologique. Ces ouvriers se concentrent parfois dans ce que l'on peut appeler de véritables ghettos où ils se retrouvent entre eux et à la frontière desquels les manifestations de racisme ne sont pas rares. Il existe par ailleurs des cités entières de grands immeubles retentissant sur la pathologie mentale de très nombreux enfants qui y vivent (formation de bandes de jeunes) et des femmes seules qui restent au foyer dans la journée pendant que le mari travaille (crises hystériformes fréquentes et éthylisme). Il est à noter que ces modes de vie représentent une promotion pour de nombreuses familles. Par ailleurs, malgré les efforts considérables de la municipalité dans de nombreux domaines, restent les problèmes des communications : communications et moyens de transports difficiles pour se rendre au travail, communications inter-individuelles difficiles d'établir, ce qui fait que de nombreuses personnes ne connaissent même pas leurs voisins et souffrent d'isolement. Les tableaux 21 et 22 montrent par ailleurs le nombre de constructions provisoires et d'habitations de fortune de Champigny par rapport à Saint-Maur, de même que l'encombrement des logements.

Soulignons que Champigny est en essor constant.

Saint-Maur, elle, présente plus l'aspect d'une ville résidentielle peuplée de petits pavillons, riche en retraités et

en économiquement faible.

Ceci agira sur le rythme des centres médico-psychologiques de chacune de ces communes, rythme beaucoup plus haché à Champigny où le nombre "d'urgences" ou de "problèmes à résoudre rapidement" est plus grand qu'à Saint-Maur.

II - Le dispositif d'assistance psychiatrique

Il comprend :

- le centre psychothérapique des Murets à la Queue en Brie (ou plutôt un de ses services). Il est situé à quelques kilomètres des communes desservies (et non pas sur leur étendue), mais finalement d'un accès facile. Dans le langage de Champigny, on ne dit pas "l'hôpital" mais "là-haut".

Le service comprend 200 lits d'hospitalisation qu'il répartit également entre les deux communes. Le service applique la mixité et fonctionne sur un mode très libéral pratiquant une politique de porte ouverte et utilisant les techniques dites de psychothérapie institutionnelle. Le personnel infirmier est en majorité jeune et a les yeux tournés vers l'extérieur, très avide de V.A.D. de manière parfois peut-être ambivalente (nous verrons ultérieurement pourquoi). Rares étaient les infirmiers qui, sur leur demande, n'avaient pas effectué une ou plusieurs V.A.D., mais le problème de la formation et de la "tournure d'esprit" extra hospitalière demeure.

- Les dispensaires ou centre médico-psychologiques de Saint-Maur et de Champigny. Bien situés géographiquement dans les communes, ils sont aussi bien insérés psychologiquement et très actifs. Ils comprennent des équipes (sécrétaires - assistantes sociales - psychothérapeutes des services adultes et enfants) habituées à apprécier la demande et où la circulation est importante (notion de dispensaire lieu public où l'on passe et parle). Des consultations y fonctionnent tous les jours avec plusieurs fois par semaine des consultations du soir pour travailleurs. La disponibilité y est donc grande, cela est important pour le type de travail pratiqué.

- Une équipe de visites à domicile comprenant une infirmière visiteuse qui assure la jonction avec le service dans une voiture de la maison,

deux infirmières hospitalières qui la secondent parfois,

un secrétariat qui est pris en charge par les secrétaires des dispensaires et de l'hôpital,

un médecin à temps partiel (en principe mi-temps) anime l'ensemble.

Il est à noter que les médecins de l'hôpital (assistants et internes) peuvent effectuer à leur demande des V.A.D. dans la mesure de leurs posiibilités.

Cette organisation est en fait en perpétuel remaniement mais se développe progressivement.

oOo

LA VISITE AU DOMICILE

LA VISITE AU DOMICILE

Toute visite au domicile d'un malade suit à peu près le même déroulement. Dans un premier temps, avant de prendre la décision, les indications et les modalités en sont clairement définies, puis vient le stade de l'action proprement dite au cours de laquelle seront décidées les modalités de prise en charge ultérieure.

Nous envisagerons successivement ces trois étapes :

LA PREPARATION DE LA VISITE AU DOMICILE

Il serait bien sûr plus facile pour tout le monde d'accéder à toute demande de V.A.D. puisque quelle que soit la manière dont elle est formulée, cette demande est sous-tendue par un problème qu'il serait tout aussi intéressant et pratique d'aller étudier sur place, mais l'expérience montre qu'à long terme, il est peut-être plus profitable de laisser mûrir une situation que de faire immédiatement et à tout prix un acte qui peut avoir une signification lourde de sens et irrémédiable dans la pousuite d'un traitement.

Dans tous les cas, tous les éléments doivent être soupesés avant d'agir.

Il est indiscutable, c'est que d'une bonne indication et d'une bonne mise en place d'une V.A.D. dépend le succès de la prise en charge ultérieure.

Cette préparation où beaucoup de facteurs entrent en jeu est le travail de toute l'équipe médico-sociale travaillant sur le secteur.

1 - Qui formule une demande de V.A.D.

Les demandes de V.A.D. peuvent se faire à partir de différents lieux :

- les assistantes sociales

travaillant sur le secteur :

. Assistantes sociales polyvalentes qui tiennent permanence à la Mairie. Lors d'un entretien avec une famille qui est venue les trouver sous prétexte social, il n'est pas rare qu'elles s'aperçoivent que quelque chose d'autre est en question dans la famille. Elles peuvent alors nous contacter directement au dispensaire pour nous demander d'aller sur place évaluer ce qui se passe en fait. Il est vrai que bien souvent elles ne font qu'orienter les intéressés sur le dispensaire, leur signaler notre présence, ce qui s'avère souvent être une bonne solution.

Il s'agit là du cas le plus fréquent.

. Assistantes sociales des caisses de Sécurité Sociale.

. Assistantes sociales de prévention en particulier de l'A.E.M.O. ou Assistance Educative en Milieu Ouvert.

. Assistantes sociales d'entreprises enfin et plus rarement.

Les demandes faites par les assistantes sociales ne sont pratiquement jamais à réaliser en urgence et les "signalements" qu'elles nous transmettent permettent bien souvent de mettre en évidence un problème d'éthylisme.

- les médecins praticiens généralistes du secteur

Les cas de demande de V.A.D. émanant de médecins généralistes du secteur sont de plus en plus fréquents au fur et à mesure que se développent de bonnes relations entre ces médecins et nous.

Nous percevons ici tout l'intérêt de réunions de médecins telles qu'elles ont été pratiquées au dispensaire pour élucider

certains problèmes communs ; liaison généraliste - dispensaire ou généraliste - hôpital (certains praticiens venant visiter à l'hôpital leurs patients) ; problèmes pratiques de "conduite à tenir" devant le fait maladie mentale : ce qu'il vaut mieux faire, ce qu'il vaut mieux ne pas faire, où adresser le malade ? quelles formalités sont nécessaires ? Comment rédiger un certificat de placement ?

De même certains praticiens ont formulé une demande de groupe de formation ou discussion de cas type BALINT, demande qui n'a encore jamais pu être satisfaite.

Parfois, certains médecins avec lesquels nous travaillons en collaboration plus étroite et intéressés par le fait psychiatrique, nous demandent d'effectuer en leur compagnie une V.A.D. chez un malade qu'ils suivent, qu'ils ont déjà vu une première fois et qui leur pose un problème, ou bien qui leur a simplement été signalé. Ils assistent alors et participent comme bon leur semble à l'entretien. Nous reprenons ensuite les données du problème et arrêtons une politique commune qui débouche parfois sur une prise en charge du cas par le médecin.

Les praticiens font d'ailleurs appel à nous pour des cas de plus en plus légers, à la limite du conseil psychologique (cas de la jeune fille présentant des troubles de la mémoire avant chaque période d'examens ...).

On voit de suite l'intérêt de cette manière d'agir :

- démystification du fait psychiatrique
- "généralisation" de la visite psychiatrique
- "psychologisation" de la visite médicale
- prise en charge de certains cas par le praticien
- fonction de dépistage très importante puisque le praticien a l'occasion d'observer les cas difficiles bien avant que l'attention du psychiatre n'ait été attirée vers eux.

- <u>les médecins de la Préfecture de police</u> qui nous demandent d'aller voir en V.A.D. certains malades signalés (cas d'un malade où l'on nous demandait d'effectuer une V.A.D. pour "évaluer le contexte social").

- Les médecins des cliniques médicales ou chirurgicales du secteur ou bien de différentes collectivités (hospice de vieillards par exemple) qui ont parfois l'occasion d'observer des troubles mentaux révélés ou évoluant au cours d'hospitalisation.

- le Préfet de police demande parfois lui-même une V.A.D.

- les familles des usagers elles-mêmes, que ce soit un conjoint pour l'autre, ou tout membre d'une famille pour un autre, voire même par des intermédiaires : voisins ou commerçants du quartier.

Nous pouvons tenter de chiffrer l'origine des demandes de V.A.D. qui ont eu pour suite une V.A.D. réelle :

- assistantes sociales	14
- médecins généralistes	6
- famille conjoint	2
- parents	1
- soeurs	2
- cliniques	2
- Préfecture	2
- maisons de retraite	1

Il s'agit là de demandes de V.A.D. qui ont reçu de notre part une réponse favorable. Si l'on devait ajouter les demandes de V.A.D. qui ont entraîné une autre réponse, un autre mode de prise en charge, par exemple orientation sur une consultation du dispensaire ou un généraliste, -soit environ une quinzaine- je pense qu'il faudrait augmenter les chiffres se référant aux assistantes sociales et surtout à la famille, ces V.A.D. étant les plus délicates à mettre en place. Il est à signaler que jamais un usager n'a fait pour lui-même une demande de V.A.D. Nous y reviendrons.

Nous n'avons pas parlé, car en dehors du cadre que nous nous sommes fixés, des demandes de première V.A.D. effectuées en d'autres circonstances :

- mutation signalée du dispensaire d'un autre secteur dans l'impossibilité de se déplacer ;

- malade déjà connu de nos services, récemment sorti de l'hôpital ou suivi en consultation pour lequel une V.A.D. est demandée.

2 - conduite tenue par l'équipe

Il est certain qu'une demande de V.A.D. met en jeu de nombreux mécanismes chez l'émetteur et chez le récepteur de celle-ci et fait se poser à ceux qui la reçoivent des questions multiples :

Qui demande quoi pour qui ?

Pourquoi ?

Depuis quand qui est malade ? Malade ? De quoi ?

Qui appelle-t-on ?

Pourquoi faire ?

Comment en sommes-nous arrivés là ?

Pourquoi V.A.D. et non consultation ?

Pourquoi psychiatre et non médecin généraliste ?

Les deux problèmes principaux de l'équipe, quelle que soit la personne qui "signale" ou qui "demande" vont être :

- Y a-t-il ou non opportunité d'effectuer cette visite et pourquoi ?
- Y a-t-il urgence ou non ?

En pratique, les choses se passent ainsi : le tout premier contact avec le demandeur est pris, soit par lettre soit par téléphone, soit par visite au dispensaire de celui-ci, par les secrétaires médicales du dispensaire qui orientent alors sur l'assistante sociale. On voit la nécessité d'avoir un personnel para-médical spécialement formé au travail en équipe et aux techniques d'entretien psychiatriques puisque les figures psychiatriques rencontrées en premier sont donc le plus souvent les secrétaires et que celles-ci, par leur simple attitude, peuvent souvent réduire une angoisse et par leurs réponses peuvent habilement préparer à une éventuelle V.A.D.

L'assistante sociale fait alors le premier travail de déblaiement, prenant tous les renseignements sociaux et médicaux nécessaires à la bonne compréhension du cas. Puis, m'ayant averti du problème, vient la période de discussion suivie de la décision.

La discussion

Peut en principe y participer toute personne soignante impliquée ou intéressée dans le cas proposé (secrétaire - assistantes sociales - psychologue - assistante sociale du dispensaire - enfant si la famille a un enfant en traitement).

S'agit-il d'une situation urgente ?

Cette question est en effet fondamentale. Eric Martin, dans le travail qu'il a consacré aux urgences psychiatriques, citant HAEL (chapitre Urgences de l'Encyclopédie médico-chirurgicale) repère huit problèmes d'urgence :

le raptus anxieux
la crise émotive
la dépression mélancolique
la confusion mentale
les états d'excitation
les suicidaires
les agités
la bouffée d'angoisse.

Gilbert DIATKINE, quant à lui, propose dix groupes d'urgence :

panique aigüe et crise névropathique,
syndromes cérébraux aigus, états toxiques exogènes et endrogènes et état confusionnels post convulsifs,
suicide,
démence et problèmes des personnes âgées,
homicides et comportements agressifs,
agitation psychotique,
urgence maniaco-dépressive,
le retrait,

urgences psychiatriques de l'enfant,

urgences de psychothérapies (fin de séances et absences du thérapeute).

Toute situation d'urgence implique, c'est certain, une réponse sous forme de V.A.D. mais nous n'avons en fait posé un problème d'urgence et répondu dans ce sens (c'est-à-dire visite dans les heures qui suivent) que dans six cas que nous répertorions dans le tableau ci-joint.

En pratique, on constate que les demandes de V.A.D. sont toujours suivies de l'injonction "venez rapidement" si ce n'est "venez immédiatement", cela dépendant beaucoup du degré de tolérance de la famille et de l'entourage proche. Dans tous les cas, la décision de visite en urgence a été prise en considérant (comme le dit Eric MARTIN) les deux pôles de l'urgence : l'appel anxieux d'une part et le danger objectif d'autre part.

A mon avis, seule la situation créee par le malade que nous avons fait hospitaliser méritait le nom d'urgence vu le point de tension extrême auquel à notre arrivée chacun avait été amené : l'aboutissement ne pouvait être qu'un drame, il y avait risque objectif de passage à l'acte, danger d'auto et d'hétéroagression.

Les autres situations, qui demandaient certainement une solution rapide, avaient cependant été quelque peu désamorcées par la perspective de la V.A.D. On peut se demander à ce propos si l'annonce d'une V.A.D. au cours ou au décours d'une crise peut faire baisser la tension, l'angoisse disparaissant, ou bien la maintenir ou même l'augmenter pour montrer au psychiatre qui est malade et qui ne l'est pas (entretenir l'angoisse du malade jusqu'à la visite ?). Cela dépend bien sûr de la dynamique intra familiale et des différents intérêts mis en jeu.

Nous n'avons jamais reçu d'appel d'extrême urgence, c'est-à-dire de situation à dénouer dans les minutes à venir

Diagnostic	**Signalé par**	**protéger le malade ou en être protégé**	**motif formulé**	**suites de la V.A.D.**
crise névro-pathique hystérique	médecin traitant	les deux	"crise nerveuse"	Psychothérapie de la famille au décours de la crise. On laisse l'adresse du dispensaire : si quelqu'un veut passer......
paranoïaque suicidaire et agressif	femme	les deux	"buveur "en crise" terrorise la famille	hospitalisé sur le champ et fermement
hystérique	médecin traitant	être protégé	troubles du comportement: a menacé son mari avec un couteau	tranquilisants Tranxène Equanil. Rendez-vous pris pour une consultation au dispensaire
névrose (?)	mari	les deux	comportement anormal (?)	valium. on propose de reprendre contact avec le dispensaire
névrose de caractère et syndrome dépressif	femme	protéger	mauvais moral risque de se suicider	prise en charge en V.A.D. (le malade désirait rester alité)
schisophrène	soeur	les deux	opposition. Refuse de se nourrir, de sortir de sa chambre....	papiers faits pour hospitalisation (qui n'a pas été réalisée le jour même).

(nous n'avons jamais eu l'alternative "venez ou j'appelle la police"). Tout porte à croire que ces situations "en action" sont résolues par le médecin généraliste ou par la police (police-secours) et que le psychiatre, dans les urgences auxquelles il a à faire, ne voit que des extrêmes urgences déjà "refroidies".

Il est à remarquer que sur ces six urgences, une seule a trouvé sa solution dans une hospitalisation immédiate et que dans deux cas, le simple fait de la visite a réduit la tension si bien que nous n'avons fait que proposer une nouvelle rencontre au dispensaire.

De toutes manières, nous étudierons quelques cas d'urgence au chapitre des observations cliniques.

Allons-nous répondre à la demande pour une V.A.D. ?

La réponse à cette question découle d'une double interrogation : dans quel contexte est faite la demande ? qu'en est-il de nos propres motifs ?

- le contexte de la demande de V.A.D.

On devra étudier ce qu'il en est du demandeur, du "malade", de la famille et de l'entourage, de la situation créée de manière générale.

Le demandeur.

- degré de parenté avec le malade
- quel est son désir réel ? Qu'attent-il de nous pour le malade : une hospitalisation, un internement, des médicaments, des discussions ?
- quel est son désir inconscient, c'est-à-dire comment la demande de V.A.D. vient s'intégrer à la dynamique de sa relation à l'autre ; réponse à un besoin d'agressivité ou au contraire de culpabilité ?
- quelle est son histoire personnelle. Quel est son état de santé ? Comment était-il en demandant, de éploré à calme, digne, résigné, acide, humoristique, voire pas du tout mécontent.

Le malade.

Son histoire personnelle - ses antécédents. Que lui arrive-t-il ? (ce que l'on dénommerait histoire de la maladie ?).

Consent-il à se faire soigner ? Lui a-t-on parlé de soins, de visite d'un "spécialiste". N'allons-nous pas faire da visite à l'insu du malade ? Nous avons eu un jour une demande de V.A.D. accompagnée de la réflexion suivante : "venez, vous vous présenterez comme un médecin contrôleur de la police qui passait par là" ...

La famille et l'entourage.

Comment la famille est-elle du point de vue social ?

Quelqu'un y a-t-il déjà été malade, soigné ? Que pense chacun de ses membres de la situation ainsi créée, comment (cela est difficile à évaluer d'emblée) chacun se situe-t-il par rapport à l'autre ?

Qu'en est-il des rapports de force, des alliances, des amours et des haines ?

Y parle-t-on de maladie et de quelle façon ?

Il s'agit en fait d'évaluer là où en est le <u>degré de communication dans la famille</u>, où en est le degré de compréhension de la dynamique des échanges familiaux et si chacun des membres assume ses responsabilités.

Dans ce sens, la demande de V.A.D. par l'un des membres d'une famille ou d'un couple malade dans sa relation n'est-elle pas un moyen de pression sur l'autre car il est bien évident que le premier qui vient demander des soins pour l'autre met beaucoup de chances de son côté pour l'avenir en se posant lui-même comme "sain", qui plus est sain de bonne volonté ne cherchant que "le bien" de l'autre, autre qui pourra d'ailleurs affirmer plus tard : "il cherche à me faire passer pour fou".

Dans l'histoire d'une famille, que représente pour chacun l'avatar d'une V.A.D. psychiatrique : espoir pour certains,

résignation et aversion pour d'autres, dégoût, méfiance et même honte pour d'autres encore, ambivalence presque toujours.

Que représentions-nous pour cette femme éplorée nous téléphonant parce qu'elle ne voulait pas rentrer chez elle car son mari était violent et nous demandant d'y aller avec elle ? Nous représentions bien sûr l'Autorité mais pourquoi appeler plutôt le psychiatre "père fouettard" ("si tu n'es pas sage, je vais appeler le spychiatre") que Police-secours, peut-être parce qu'ainsi le mari ne pourra reprocher à sa femme d'avoir appelé un "docteur" pour le "soigner".

La situation.

Où en est le degré de tolérance de l'entourage, celui-ci a-t-il déjà réagi ? Différentes autorités locales ont-elles été alertées ? Y a-t-il "scandale" ? Il nous faut citer le cas d'une malade hystérique qui se laissait tomber devant les portes de ses voisines d'où la réaction de l'une d'entre elles : "mon mari est malade des nerfs, je ne veux pas qu'il voit ça, emmenez-la" (ce qui en dit long sur ce qui est une des fonctions de l'hospitalisation des malades ici par le canal d'une V.A.D., à savoir ôter de notre champ perceptif ce qui pourrait nous interpeller, nous ramener à une certaine vérité de nous même, faisant du psychiatre visiteur une sorte d'éboueur municipal de l'inconscient).

Je pense que toutes ces réflexions (auxquelles peuvent s'en ajouter d'autres selon chaque cas particulier) sont à effectuer de la même manière quand la V.A.D. est demandée par un médecin généraliste (ou tout autre demandeur tel que nous les avons déjà décrits) qui ne représente en fait que le premier palier du processus : qu'est-ce qui a poussé le médecin à nous contacter ?

- Motifs personnels à effectuer une V.A.D. Je pense que, outre l'ensemble de motifs techniques qui nous incitent à effectuer une V.A.D., s'en ajoutent d'autres d'ordre moins rationnel parmi lesquels peut-être :

. la peur qu'il se passe quelque chose (de grave, d'inconvenant, de scandaleux) si nous ne sommes pas sur place. On va donc "voir" pour se rassurer vues les responsabilités qui incombent à un psychiatre public et sur lesquelles il y aura beaucoup à dire ;

. sensation peut-être de se sentir un démiurge venu du dispensaire, capable de dénouer les fils d'une situation parfois dramatique ;

. peur d'être agressé, de ne pas se sentir protégé ; nous en reparlerons.

D'autre part, dans cette relation d'aide active (aller au secours de ... ?) doivent entrer en jeu, je pense, des mécanismes d'identification aux parents ou aux enfants, au bien portant demandeur ou au malade subissant (comme cela se passe le plus souvent).

Conclusion de la préparation

Nous pensons donc que dans tous ce travail de préparation d'une prise en charge psychiatrique débutant par une visite à domicile, efficacité ne rime pas forcément avec précipitation et rapidité d'action (au sens de rapidité de déplacement) mais plutôt avec intervention judicieuse au bon moment et que toute demande de V.A.D. ne doit pas obligatoirement être satisfaite.

C'est ainsi que fréquemment la décision d'effectuer la V.A.D. était prise sur le sentiment que le problème proposé ne pourrait être résolu autrement, soit par impossibilité majeure (cas de deux malades qui présentaient un syndrome dépressif important à la suite de fractures leur rendant tout déplacement impossible), soit que la situation se présente comme peu claire (manque d'informations fournies) ou confuse entre les membres de la famille, ou complètement bloquée par la trop grande tension intra familiale (cas d'éthyliques paranoïaques avec trouble du comportement où manifestement la situation ne pouvait plus évoluer), soit que l'incompréhension de la situation par la personne malade soit évidente (déments âgés, ou vieillards présentant des idées délirantes).

Outre ce sentiment de situation sans issue, nous pouvions décider une V.A.D. sur l'espoir d'être vraiment thérapeutiques, c'est-à-dire que la situation était mûre, que la V.A.D. avait été demandée semble-t-il unanimement par la famille ou toutes les personnes concernées, ce qui pouvait entraîner une facilité de prise de conscience des mécanismes pathologiques, un remaniement des échanges familiaux sans que une personne soit désignée par l'autre comme étant malade. De plus, il pouvait être thérapeutique de voir une famille "en crise" même si le motif d'appel semblait futile ou les défenses de chacun étaient plus fluides et leur désir d'abréagir plus prononcé que de refouler l'expérience traumatisante.

C'est ainsi que si la décision de V.A.D. était prise, se posait le problème de savoir qui allait se déplacer :

- le médecin seul quand l'infirmière n'était pas disponible ou que la situation semblait trop délicate. Je dois avouer que les motifs d'effectuer une V.A.D. seul sont pour moi peu clairs, que cela se décidait plutôt par habitude de travailler ensemble, de sentir les choses en commun. Il est vrai que, à l'encontre d'autres équipes ayant l'habitude d'effectuer des V.A.D. psychiatriques dans une politique de secteur, nous n'avons jamais ressenti le besoin d'investir en groupe le domicile des patients (ce qui a pu faire accuser la chose par certains professeurs de "commando psychiatrique") et que nous n'avons jamais pénétré chez quelqu'un à plus de trois. J'ai en mémoire la réflexion d'un médecin d'une des équipes citées plus haut qui affirmait qu'il fallait entrer en masse chez le malade (médecins - infirmières - assistantes sociales - psychologues), ne pas avoir peur de salir par terre ou de faire tomber sa cendre hors du cendrier afin que le malade sente bien la présence des thérapeutes et l'importance de sa prise en charge ...

- le médecin accompagné de l'infirmière si le cas nécessitait des techniques de soin particulières, si une hospitalisation semblait nécessaire ou si la prise en charge s'avérait au long cours.

- le médecin accompagné de l'assistante sociale si se posaient plus particulièrement des problèmes sociaux ou si l'assistante sociale était motivée pour suivre ce cas.

Dans notre expérience, il n'a jamais été nécessaire de faire appel, comme cela se passe parfois ailleurs, aux services des pompiers pour pénétrer chez un forcené ou prévenir une tentative de défénestration, ou aux services de la police en cas de trouble du comportement ou de malade réputé dangereux.

Décisions d'abstention de V.A.D.

Il faut parfois résister à la pression générale (médecins, voisins, proches) pour refuser une V.A.D., ce qui nous renvoie bien sûr à un autre mode de prise en charge.

Dans notre optique, la première demande de V.A.D. peut n'être en effet que l'avatar de l'histoire d'une famille dont le "malade" n'entrera peut-être en contact avec le psychiatre que des semaines ou des mois plus tard.

De fait, l'anxiété du demandeur peut souvent être dissipée plus ou moins longtemps et partant la situation pathologique en entier, si celui-ci vient, lorsqu'il en ressent le besoin, en parler au dispensaire (ce qui implique la notion de dispensaire lieu communal de la parole), aux secrétaires ou aux assistantes sociales, ce qui permet d'entreprendre en quelque sorte une psychothérapie de soutien, de l'aider à faire progresser la situation, et ce qui nous permet en même temps de prendre une nouvelle optique sur la situation.

Nous pouvons aussi citer le cas d'un malade présentant un délire d'interprétation paranoïaque qu'il a fallu très longtemps pour rencontrer. Il est vrai que le conjoint, vu régulièrement, était très tolérant et la situation a pu être menée jusqu'à une consultation du couple au dispensaire au lieu d'une visite surprise d'un psychiatre comme cela avait été demandé au début.

LA VISITE AU DOMICILE PROPREMENT DITE

Voici donc le psychiatre en route vers le territoire des autres, à la recherche de ce qui pourrait être une vérité de la famille.

La cellule familiale vit sous un toit mais il est certain que la réalité de la mère a plus à faire avec les problèmes intra familiaux donc avec le domicile, tandis que la réalité du père est en général centrée sur ce qui est en dehors de la famille, lieu de travail par exemple, ou alors lieux de rassemblement divers qui peuvent devenir pathologiques, tel le café par exemple où tendraient à se reformer d'autres liens familiaux fantasmatiques (le père patron ; la mère patronne du café ...). Nous rapprocherons de ceci la notion traditionnelle de "femme au logis" ou encore l'ancienne conception allemande de la femme.

Nous ne développerons pas ici les études que la psychanalyse a entrepris dans les rapports du logis avec le "sein" ou la matrice maternelle (de l'habitat considéré comme un retour à l'utérus maternel) et nous laisserons la parole à un architecte, Emmanuel Besnard BERNADAC (préface à la "Maison de demain"):

"La Maison c'est l'enclos, l'abri. Chez lui, dans les murs qui l'isolent du monde extérieur, l'homme se sent protégé ; il refait ses forces, entretient son corps et son esprit et trouve les ressources physiques, affectives et culturelles dont il a besoin. Elle est un instrument au service de la personne. Lieu de repos et de loisir, elle permet le laisser aller, l'abandon, avec tout ce que cela suppose de liberté, d'anarchie même, d'opportunisme et d'imprévu, d'inorganisé par opposition aux conditions de vie qui sont celles du monde extérieur où tout est réglé, défini, obligatoire, où régnent l'effort et la fatigue, l'attention. Elle est stabilité ; dehors tout est mouvement ... On pourrait presque dire qu'en mettant l'homme à l'écart du monde, elle le met à l'écart de la société : la

personne y prime l'individu ; l'être social en est absent ... Si la maison sert de symbole à la cellule familiale, c'est parce qu'elle en est la première expression, le cadre naturel, l'incarnation réelle d'une existence dont la mère est l'origine et le centre ..."

Est-ce à dire que faire une V.A.D. pour un psychiatre est entrer plus spécifiquement dans le territoire de la mère fantasmatiquement et réellement. Il est certain que la mère, du moins dans la population que nous avons décrite, est naturellement à la maison (ce qui peut même entraîner dans les grands ensembles qui nous proposaient beaucoup de V.A.D. une pathologie certaine faite surtout de syndromes dépressifs avec manifestations hystériques et l'éthylisme) tandis que le père n'est "qu'anormalement" là, spécialement pour nous rencontrer aux "heures ouvrables" ou alors au chômage ...

Il serait peut-être intéressant de rapprocher cette notion de domicile, représentation féminine et maternelle, de ce que nous avons dit de l'origine des V.A.D., origine que nous avons fondée comme essentiellement féminine.

Est-ce à rapprocher de la représentation fantasmatique du malade comme être féminin (être malade, être castré, être femme) et du médecin ou chaman comme être bi-sexué, et dans ce sens qu'en est-il de la représentation de l'Etat (qui entretient les psychiatres publics travaillant en dispensaire) à la fois donnant des soins gratuits et parfois des subsides et à la fois punissant sévèrement certaines formes d'expression.

Horaire de la V.A.D.

L'heure fixée pour la V.A.D. a effectivement beaucoup d'importance car l'on sait que l'activité familiale suit un certain rythme : la famille se disperse en principe le matin et se retrouve le soir.

La V.A.D. s'effectue-t-elle en semaine ou en fin de semaine, dans la journée ou en fin de journée afin que le père

soit là ? Qui est là ? Qui n'est pas là ? Qui a dû s'absenter ? Qui a été exclu ou au contraire favorisé par l'horaire de la V.A.D. ? (jai vu une mère faire pour sa fille un mot demandant à l'école d'excuser son absence afin que celle-ci puisse, au cours d'une V.A.D. venir témoigner contre son père paranoïaque jaloux présentant des troubles du comportement).

La famille nous attend-elle figée, toutes affaires cessantes, sur sa défensive, ou bien chacun vaque-t-il à ses occupations familières ?

Veut-on nous montrer quelqu'un "en crise" (on connait le pôle matinal et verpéral de l'angoisse), ou bien habituée à la symptomatologie du malade, la famille peut s'arranger pour nous le présenter sous "son plus mauvais jour" (par exemple pour un éthylique, savoir ses horaires de consommation maxima).

Lieu de la V.A.D.

Pour introduire ce chapitre, nous citerons G. DIATKINE ; "l'ensemble de l'environnement parle souvent plus haut et plus clairement que le patient lui-même. L'environnement physique, odeurs et sons, ordre ou confusion, soin ou négligence, pauvreté ou signes d'une lutte pour une vie meilleure peuvent être notés de même que des habitudes ou des intérêts variés ou une vie proche de l'animalité, des traces d'expérience psychotique comme des défenses érigées contre des hallucinations ou des éléments paranoïdes, des signes d'alcoolisme ou de toxicomanie ... L'environnement humain, parents, amis, montre ses relations émotionnelles comme sur une scène ...". Plus loin, DIATKINE propose, dans une maison d'observer si "le chat est placide ou le chien nerveux".

En effet, le lieu de la V.A.D. qui peut d'ailleurs être variable au cours d'une même V.A.D., est d'un intérêt notable : intérêt diagnostic et intérêt thérapeutique.

Les différents espaces que l'on nous propose pour l'énoncé du discours, que l'on nous fait découvrir, que l'on nous cache

ou dans lesquels nous nous installons sont autant de révélateurs des intentions de la famille ; parfois le lieu de rencontre est l'objet d'un enjeu entre plusieurs membres, chacun voulant nous attirer dans l'endroit où il se sent le plus à l'aise. Il est certain qu'on ne tient pas le même langage dans une cuisine et dans un salon, cela est très remarquable lors des V.A.D. d'alcooliques : la femme austère et noble opte souvent pour le salon, tandis que son mari éthylique, plus oral, opte souvent pour la cuisine, ce qui lui permet en plus de ne pas être loin du frigidaire ou du placard qui contient les inévitables bouteilles d'eau minérale ou fruitée nécessaires pour nous montrer sa bonne foi.

Je pense que nous avons effectué des V.A.D. dans les endroits les plus divers d'une maison. Depuis une grille de jardin fermée (il nous est en effet arrivé de faire une V.A.D. dans cette position difficile, la femme ambivalente désirant nous faire pénétrer et le mari extrêmement réticent lui disant de ne pas ouvrir, qu'ils avaient perdu la clef, que nous n'avions qu'à repasser un autre jour) jusqu'aux salons (chez des familles mondaines, bourgeoises, dont les apparences, la façade priment tout ou bien alors chez des obsessionnels méticuleux) en passant par les jardins (en général dans une ambiance assez détendue), les cuisines (en tant que lieu impersonnel), les salles à manger (c'est le cas le plus fréquent, peut-être par appropriation commune des membres de la famille. Nous avons ainsi été amenés très souvent à nous asseoir autour de la table familiale et je pense qu'il y a là plus qu'un hasard, (ce que l'on pourrait peut-être interpréter dans le sens "pour se mettre à table") et enfin les chambres à coucher (dans une ambiance plus intime, souvent en relation duelle ou bien alors lorsque le "malade" nous a été désigné directement et d'emblée, ou bien s'est lui-même désigné, ainsi nous mène-t-on à sa chambre ou à son lit dans une atmosphère qui évoque plus la médecine générale : être malade = être alité).

Il est certain que les différentes pièces d'une maison sont autant de lieux de projection pour les fantasmes individuels et les fantasmes du groupe familial (les fantasmes mobilisés dans une cuisine - fantasme de sécurité, de nourriture, d'oralité, dans une ambiance maternelle - ne sont pas les mêmes que les fantasmes mobilisés dans les W.C? - fantasmes surtout érotiques - ou dans une chambre à coucher - fantasmes de mort et érotiques aussi), ceci influançant de toute évidence l'ambiance de la rencontre.

Il est de plus certainement important de bien pour ainsi dire s'imprégner de tous les objets (surtout objets personnels) qui se trouvent dans la maison et qui forment peut-être comme un rébus qui a sa clé dans l'inconscient familial. De même pourra-t-on retrouver une histoire ou une préhistoire de la famille en observant les objets tels que les portraits accrochés au mur ou les diverses photos de famille, photos de mariages, etc ...

Dès le seuil franchi, les problèmes se posent et en particulier celui qui soustendra peut-être toute la visite : celui de la demande. Parfois, le demandeur de V.A.D. désire nous parler du "malade" avant que nous le rencontrions, situation embarassante qui lui donnera d'emblée l'avantage ; ailleurs le demandeur joue l'étonnement : "oui, le médecin, ah oui, je ne vous attendais pas ... si tôt" ; ailleurs encore le demandeur s'absente "momentanément" et nous laisse alors sans plus de manières en tête à tête avec celui qui fait l'objet de la demande, c'est-à-dire avec une personne pratiquement non avertie de notre visite.

Je pense donc que la première chose à faire est de rétablir rapidement l'équivoque sur la demande car la situation est très délicate car inversée, en effet en sonnant à la porte de quelqu'un c'est alors le psychiatre qui à tout coup se pose en demandeur, tout se joue là-dessus. Si le silence est le meilleur allié pour laisser une parole prendre place, on peut parfois s'aider d'une phrase telle que "j'ai été appelé ici par Monsieur ou

Madame, que se passe-t-il ?" ou bien encore "quelqu'un veut-il m'apporter des informations sur la situation" afin que le dialogue s'ouvre.

Par ailleurs, une "écoute" d'inspiration analytique est-elle possible dans les V.A.D. d'un psychiatre public ? La neutralité est-elle possible ? Le fait de venir à domicile ne la rend-il pas impossible ? (Je pense que le rétablissement de l'équivoque sur la demande permet l'établissement d'une attitude proche de la neutralité). De toutes façons, "l'aseptie" d'une visite est parasitée par de nombreux éléments réels venant s'intriquer avec la situation fantasmatique (mais qui peuvent peut-être aussi devenir thérapeutiques par des interprétations qui ne peuvent jamais, à la vérité, être très profondes) : diverses mains à serrer, questions de préséance (qui s'engagera le premier dans la porte), choix du siège, proposition de s'asseoir ou non, parfois chien qui arrive vers vous menaçant et qu'une personne est obligée de rappeler à l'ordre ... ou non ... ou tardivement, bruits parasites de radio, de télévision, enfants qui jouent seuls, en groupe bruyamment ou alors vous "découvrent", quelqu'un nous offret-il à manger, à boire, un apéritif, dans une tentative de séduction.

Une fois une situation la plus proche de la neutralité étant installée, je pense qu'une des meilleures techniques est de laisser les désirs émerger, la situation se structurer dans le réseau des désirs de chacun, se destructurer d'elle-même ensuite ou bien l'y aider pour enfin, phase active, l'aider à se restructurer principalement à l'aide de l'analyse des comportements. C'est ainsi que les choses se sont passées bien souvent dans ce que j'ai pu appeler des "scènes de ménage contrôlées". Parfois cependant, vu la fluidité de la circulation des personnes durant la visite, il convient effectivement d'essayer d'analyser celle-ci, Ailleurs, devant une situation bloquée ou manifestement institutionnalisée dans le pathologique (quand la présence d'une ou de personnes empêche une ou des personnes de s'exprimer par exemple), il faut alors exclure quelqu'un de cette situation

(pour en général la faire réapparaître ensuite d'ailleurs). Immédiatement au décours de la restructuration peuvent s'énoncer les propositions thérapeutiques ou les suites que nous donnerons à la V.A.D.

oOo

LES SUITES DE LA V.A.D.

Nous venons d'étudier dans les chapitres précédents comment la V.A.D. pouvait le mieux possible être "mise en place", puis comment elle était réalisée dans la pratique, "mise en action" ; nous pouvons maintenant nous interroger sur les différents débouchés de cette action.

Nous envisagerons successivement ceux-ci. Il pourra s'agir de :

1) une prise en charge à domicile dans le cadre de V.A.D. répetées. La densité et le nombre total de V.A.D. seront bien sûr variables avec chaque cas. Il s'agit là d'un débouché assez fréquent. Sur les trente V.A.D. "premier contact" que nous avons effectuées, dix ont été suivies d'une ou de plusieurs V.A.D.

Dans trois cas, il s'agissait de personnes qui ne pouvaient se déplacer pour une raison physique, mais qui avaient une demande de soin importante.

Dans cinq cas, il s'agissait de personnes âgées, surtout de femmes, qui présentaient le plus souvent des troubles démentiels, vivant dans l'ensemble isolées, signalées par les assistantes sociales. Une convocation au dispensaire n'aurait pas eu beaucoup de sens pour ces personnes. Il fallait surtout, dans leurs lieux habituels, les soutenir affectivement et matériellement, soulager les voisins qui souvent s'en occupaient, leur apprendre à gérer leur budget et à s'organiser.

Dans deux cas il s'agissait de malades (éthyliques, paranoïaques) très réticents sur un éventuel traitement mais autour desquels, pensions-nous, une situation avait été créée qui ne pouvait se résoudre favorablement. Dans ces cas là, après avoir essayé de centrer les problèmes sur les relations intra familiales, nous annoncions qu'il était préférable que nous reparlions régulièrement de ce problème en nous appuyant éventuellement sur un des membres apparemment le plus solide du groupe.

Idéalement une telle prise en charge, bien qu'elle ait le désavantage d'imposer le thérapeute au groupe, devrait se réaliser plus souvent, car elle pourrait déboucher sur une thérapie de famille, de bonnes conditions matérielles étant réunies : à savoir la mise en présence du maximum de membres de la famille dans leur cadre habituel. Nous reviendrons sur ce point. De toutes manières, ces techniques de soins demandent des approches spéciales et il faudrait pratiquement des thérapeutes spécialement formés.

2) Une orientation vers une consultation du dispensaire. Cette décision a été prise à la suite de quatre V.A.D. dont deux, il est vrai, se sont soldées par un échec puisque le visité n'était pas chez lui. Nous lui avons donc laissé un rendez-vous au dispensaire.

Dans les deux autres cas, il s'agissait de reprendre un nouvel angle sur une situation, en particulier de remanier l'origine d'une demande de soins ou un rapport de forces, la V.A.D. pouvant être en elle-même un élément dynamisant.

3) Pas de décision concrète de ma part si ce n'est une proposition faite aux différents membres concernés de recontacter le dispensaire s'ils le désirent (par téléphone ou en y venant).

On voit là la nécessité de travailler avec un dispensaire bien implanté dans le secteur avec du personnel bien formé à ce genre d'écoute, attentif, disponible, capable de réorienter la personne suivant le besoin. Cinq de nos V.A.D. se sont terminées ainsi. Ce mode d'action ou plutôt de non-action peut être utilisé dans le cas de pathologie bénigne ou mineure, soit que, à la vérité, le cas n'ait pas besoin d'être revu, mais cela nous rassure de laisser une "porte ouverte" sur l'avenir, soit que le problème ne soit pas évolué, soit que nous nous soyons trouvé en présence d'une crise brutale dans la famille dans laquelle les défenses se sont très rapidement reconstituées et qu'un abord thérapeutique dans un avenir immédiat soit impossible ou même nocif.

4) Prise en charge par le médecin traitant généraliste. Cela s'est produit quatre fois au décours de nos V.A.D. Parfois nous avions effectué la visite avec le praticien et celui-ci, motivé pour assumer cette pathologie, décide de prendre le cas en charge. Il est bien entendu que nous pourrons d'ailleurs réintervenir à toute demande soit de la famille soit du praticien qui reste souvent en contact téléphonique avec nous. Nous avons déjà vu l'intérêt de cette manière d'agir (il s'agit peut-être là d'un des avantages fondamentaux d'une politique de secteur bien pratiquée).

Ailleurs, il s'agissait d'un malade hostile à une approche psychologique et qui, par chance (?) somatisait et était régulièrement suivi par son médecin traitant.

5) Hospitalisation d'emblée en milieu psychiatrique ou décision de mise en hospice.

La décision d'hospitalisation peut être acceptée ou bien refusée (cela ne s'est passé ainsi qu'en une occasion que nous décrirons plus loin). Cela est bien sûr décidé, lorsque les symptômes ont acqui une telle intensité que seule la soutraction momentanée d'un des membres peut apporter un soulagement, un repos momentané et un point de vue différent sur le problème.

6) Peut-on obtenir une "guérison" en une seule V.A.D. ? Il est certain que la première V.A.D. d'un psychiatre représente souvent un évènement tellement important pour une famille que des problèmes accumulés pendant des années peuvent trouver là parfois une résolution, mais ceci ne serait peut-être pas tellement différent de l'impact de la première consultation psychiatrique.

Ce qu'il y a d'original dans la première V.A.D. c'est que le thérapeute peut "saisir" toute la famille en action (par exemple au cours d'une "crise"), pénétrant ainsi comme sur une scène de théâtre (la scène du ménage !!) et la transformant ainsi en véritable psychodrame ou chacun des acteurs a beaucoup

plus de possibilités d'agir et d'évoluer dans son propre décor que dans le décorum d'un bureau médical avec le maintien et la "bonne tenue inhibante" qu'ils impliquent, sans compter le cérémonial de l'attente au centre de consultation, sciemment ou inconsciemment entretenu, mais qui assure prestige et autorité au docteur. Ici les acteurs peuvent entrer et sortir, agir comme bon leur semble, les masques tombent plus vite, la facilité de passage à l'acte est plus grande. De plus la scène peut s'étendre pour ainsi dire aux coulisses (les voisins, les amis, la famille proche) qui viennent comme autant de figurants s'intégrer dans la scène. Il peut s'agir là d'une véritable psychothérapie de groupe, subtile et fluctuante, d'un genre nouveau dont les données sont à formuler.

"Guérir" en une seule V.A.D., je ne pense pas que cela nous soit arrivé mais cela n'est probablement pas impossible par une analyse ici et maintenant des libres comportements de chacun (ce qui peut avoir une portée thérapeutique intense) et un réajustement de la dynamique de chacun des participants.

oOo

EXEMPLES CLINIQUES
DE VISITES AU DOMICILE

VISITE CHEZ MONSIEUR M.

La femme et la fille de Monsieur M. viennent au dispensaire. La secrétaire, en l'absence de l'assistante sociale, prend ces renseignements :

Signalé par sa fille et sa femme sur le conseil d'une assistante sociale de la Préfecture, quai de Gesvres.

Mari éthyl, retraité, très violent.

Madame M. demande qu'on ne parle à personne de son passage au dispensaire.

Il y aurait déjà eu intervention de la police de Joinville après disputes familiales.

Le lendemain, l'assistante sociale du dispensaire écrit à la fille :

"Madame, j'ai eu connaissance de votre démarche au dispensaire, et il serait important que nous prenions rendez-vous au sujet de la situation de votre père et que nous voyons ensemble ce qui peut être fait. Je vous propose de venir me voir à ma permanence du ...".

Quelques jours plus tard (jour de la permanence de l'assistante sociale et de ma consultation), nous revoyons la femme et la fille :

Monsieur M. a été dernièrement hospitalisé pour infection intestinale à l'hôpital Sainte Camille (il porte un anus artificiel).

Le Docteur T., médecin généraliste du secteur le suit régulièrement.

Il semble s'agir d'un éthylique paranoïaque. Il présente des troubles du comportement dans la famille (ou tout au moins ce qui est présenté comme tel par la famille, c'est-à-dire un caractère difficile et des colères parfois). Asocial, ne veut pas se faire soigner.

La famille voudrait bien que nous fassions une V.A.D. mais comment. Personne ne l'a prévenu de leur démarche. Devant cette situation difficile nous décidons, d'un commun accord, d'écrire au Docteur T. pour lui demander à sa prochaine visite de nous l'adresser (Mon cher confrère, j'ai vu la famille d'un malade que vous connaissez : Monsieur M. Ce malade, vraisemblablement paranoïaque éthylique, présente chez lui des troubles de l'humeur et du comportement. La famille nous demande de le voir mais je pense que mon insertion dans ce cas serait difficile, vu qu'il n'y a pas demande du malade. Vous serait-il possible puisque vous le suivez du point de vue somatique de jouer sur ce facteur et d'essayer de nous l'adresser (les filles sont au courant de cette petite manoeuvre que je me suis permis de vous demander). Au cas où cela vous paraîtrait difficile, pouvez-vous être assez aimable de me tenir au courant ...).

Puis, pendant quelques mois, on n'entend plus parler de rien.

Trois mois plus tard, la fille revient me voir à ma consultation : il y a encore eu une dispute familiale, police secours a été appelé mais n'a rien pu faire.

Devant cet état de fait, on décide une V.A.D. On s'entend sur le fait que la fille et la mère seront là pour m'annoncer et auront déjà parlé de la situation à Monsieur M.

Quelques jours plus tard, nous effectuons la V.A.D. Monsieur M. nous ouvre la porte : "Qui êtes-vous ? Que voulez-vous ?". Nous arrivons à avoir un entretien avec lui. La fille (qui devait être présente pour signer éventuellement des papiers en vue d'un placement volontaire si cela était nécessaire) s'est cassée la jambe et la mère a été à l'hôpital la voir ... Monsieur M. n'a en aucune façon été prévenu de notre visite. Il s'agit effectivement d'un malade paranoïaque éthylique qui boit trois litres de vin par jour. Dépressif. Exprime de gros problèmes familiaux avec la femme et la fille. Il n'y a pas de demande de soin encore bien moins de demande

d'hospitalisation. Nous abordons ses problèmes somatiques et Monsieur M. nous dit que le Docteur T. va le faire hospitaliser en médecine générale car il a fait récemment une hématurie.

Nous ne pouvons rien faire d'autre que de repartir après avoir laissé l'adresse du dispensaire en cas de besoin.

Le Docteur T. est ensuite prévenu de notre action. Ce qui s'est passé là est significatif à bien des égards :

- ambivalence de la personne qui vient formuler une demande pour l'autre qui est désigné comme malade (cette ambivalence se manifeste par la demande faite de ne parler à personne de sa visite au dispensaire et aussi dans le fait que les deux femmes soient absentes au domicile lors de ma visite),

- difficulté de mettre en place une V.A.D. et motivations de V.A.D. : il était manifestement impossible lors de la première visite de la famille au dispensaire d'effectuer une V.A.D., le "malade" n'était manifestement pas tenu au courant des démarches (bien que très certainement il sentait progressivement les mailles d'un filet se resserer autour de lui), la situation familiale n'était pas mûre ; il a bien fallu que quelqu'un la fasse mûrir et je me demande quel est le promoteur de la dispute familiale qui a entraîné l'intervention de police secours. Cette intervention a eu pour nous comme conséquence d'entraîner une certaine anxiété (et si malgré tout il y avait danger ?) qui nous a conduit à effectuer la V.A.D.

- comment laisser poindre une demande pour cet éthylique déprimé, sans que cela soit une victoire pour la famille et sans qu'il perde la face. Je pense que pour lui la solution de la demande par le corps sous forme d'un symptôme (infection intestinale - hématurie - difficultés digestives) était la seule possible. Ceci nous amène à envisager :

les relations avec le médecin généraliste du secteur.

Nous avons vu que Monsieur M. accepte absolument de recevoir des soins somatiques et d'être hospitalisé en service

de médecine générale. Je pense que là il y a une chance de le prendre en charge, prise en charge dont le succès dépend de la coopération étroite entre praticien de médecine générale et psychiatre du secteur.

oOo

VISITE CHEZ MADEMOISELLE C.

Le Docteur D., médecin généraliste du secteur, a téléphoné au dispensaire afin que nous voyons ensemble Mademoiselle C. qui lui pose des problèmes car il la suit depuis quelque temps sans succès : Mademoiselle C. est anxieuse avant ses examens et a parfois des céphalées inexpliquées sans support organique, de même qu'une asthénie rebelle.

Après discussion au dispensaire nous décidons d'intervenir car le Docteur D. travaille souvent avec nous. Il semble qu'actuellement il veuille l'avis et la couverture d'un "médecin psychologue" (c'est ainsi que je serai présenté plus tard au domicile de Mademoiselle C.) et qu'après tout, les symptômes présentés peuvent signaler autre chose.

Nous arrivons donc avec le Docteur D. à la villa où demeure la famille C. Les parents essayent de nous accrocher dans le salon mais nous demandons de monter directement dans la chambre dans laquelle se tient la jeune fille.

Il s'agit d'une jeune fille brillante. Elle a eu le baccalauréat avec mention très bien, elle est actuellement en classe de Mathématiques spéciales. Très rapidement nous mettons en évidence une structure névrotique. Peur de ne pas réussir. Travaille énormément pour être professeur alors que les parents sont instituteurs. On ne note pas de syndrôme dépressif vrai mais quelques manifestations somatiques : céphalées parfois, fatigue. A noter aussi perte de mémoire. On dédramatise auprès de la jeune fille.

Les parents nous accrochent en bas, avec inquiétude nous révèlent leur incompréhension de la situation, de la "maladie" de leur fille. De plus la mère est très surprotectrice. On dédramatise à nouveau et on ne touche pas du tout à la structure familiale. Le Docteur D. demande de poursuivre son traitement à base de fortifiants et de petits tranquillisants.

Dans cette V.A.D., nous nous trouvons aux limites de la consultation psychiatrique et du conseil psychologique. On voit cependant l'importance de telles visites dans le cadre d'une politique de prophylaxie.

Notre rôle ici, de "spécialiste expert" n'a pu être que de réassurance vis-à-vis de la famille, de la jeune fille et... du médecin car nous n'avons pas fait rentrer les symptômes proposés dans le cadre d'une "maladie".

oOo

VISITE CHEZ MONSIEUR B.

Préfecture de Police
Direction de l'Hygiène
et de la Sécurité Publique

Paris, le ...

Le Préfet de Police
à
Monsieur le Médecin Chef
du dispensaire sis ...

Objet : signalement de Monsieur B.
demeurant ...

Monsieur B., né le ... à ...

a fait l'objet d'un rapport de police en date du ... dont vous trouverez ci-joint la copie pour votre information et à titre confidentiel.

Etant donné son comportement anormal, j'ai l'honneur de vous signaler l'intéressé pour vous permettre de le suivre dans vos services.

Voici le rapport de police :

Paris, le ...

Le Commissaire principal de la circonscription de ...

Demande d'enquête.

J'ai l'honneur de vous rendre compte de ce que le dénommé

B ...
né le ...
Fils de ... et de ...
domicilié à ...

est connu de nos services pour émissions de chèques sans provisions.

Son comportement nous paraît bizarre et il serait souhaitable qu'il reçoive la visite d'un médecin spécialisé de vos services.

Signé : l'Officier de police adjoint.

Voici donc un des signalements que nous avons reçu de la Préfecture. D'emblée la question s'est posée : que faire ? Est-il possible effectivement à un médecin du dispensaire de se rendre sans autre forme de procès au domicile de Monsieur B., alors que la police elle-même ne peut le faire ? Sous quel prétexte : le comportement bizarre ou les chèques sans provision. Monsieur B. est-il malade ou est-il délinquant ? Ferions-nous là de la "bonne prévention et hygiène mentale" ? Les choses ne sont pas clairement énoncées et que pourrait-on apporter à Monsieur B. dans une relation thérapeutique qui débuterait de telle manière ? Serions-nous un service pour ainsi dire de police spécialisée entrant dans le cadre de ce que certains appellent "psychoflics".

Je pense qu'une solution pratique s'imposait : mettre au courant l'intéressé le plus exactement possible de notre situation et lui demander de venir en consultation, ce qui est déjà un début bien peu prometteur psychothérapiquement parlant.

oOo

VISITE CHEZ MADAME R.

V.A.D. effectuée à la demande de l'assistante sociale de la Mairie car cette dame âgée vit seule, elle est presque aveugle et les voisins qui l'aident trouvent son comportement anormal. Nous lui annonçons notre visite.

Nous mettons en évidence rapidement des idées délirantes de persécution très actives. Elle ne quitte pas sa canne pour pouvoir se défendre contre les "agresseurs" qui sont dans sa maison. Laisse l'électricité allumée pour mieux les voir. La maison apparaît comme étant dans un grand désordre. Nous la décidons à se faire hospitaliser et après l'avoir aidée à faire quelques rangements nous l'emmenons dans notre voiture à l'hôpital. On voit là un des avantages des V.A.D. : pouvoir agir rapidement et emmener quasiment sur le champ une personne dont l'état nécessite des soins (je ne pense pas qu'il faille emmener systématiquement tout délirant mais la situation était ici particulière : vieille dame aveugle complètement isolée pratiquement incapable de subsister dans une grande villa).

Un problème à soulever : faut-il emmener les malades ainsi dans la voiture du personnel visiteur (cela ne peut-il être vécu par le malade, la famille ou la population du secteur comme une sorte "d'enlèvement"). Ne serait-il pas préférable de faire tous ces transports par les ambulances ?

oOo

VISITE CHEZ MONSIEUR F.

Appel d'urgence au dispensaire de Madame F. : mari ancien officier, déjà hospitalisé à Sainte Anne il y a quelques années, est "en crise", terrorise toute la famille, très violent, a affirmé qu'il allait se suicider, éthylique.

Nous décidons de nous rendre sur place avec l'infirmière visiteuse.

Nous trouvons la mère et ses deux jeunes fils qui nous attendaient tous très authentiquement terrorisés, les enfants tremblant littéralement de peur. La femme nous dit que Monsieur F. est retraité, qu'il supporte très mal la retraite, boit au café avec des gens de rencontre, extrêmement violent dans ses propos et dans ses actes. Il a eu une hémorragie méningée il y a quelques années ayant entraîné une trépanation. Aujourd'hui, il a été plus violent que d'habitude, l'a frappée et annonce sans cesse son désir de se suicider.

Nous pénétrons alors dans la pièce où il se trouve en présence de sa femme qui annonce pour la première fois qui nous sommes. Il est alité et nous laissons alors se développer une "scène de ménage contrôlée". Monsieur F. apparaît très rapidement comme un grand paranoïaque très dépressif et bien inhibé. Le regard est très enflammé. Puis la femme sort. Nous engageons alors le contact avec Monsieur F. au cours d'un long entretien dont le but est de le décider à se faire hospitaliser vu le risque de violence, d'autolyse et même le risque physique vu le mauvais état général, l'imbition importante et l'artérite qui m'a été signalée. Entretien extrêmement délicat où nous oscillons effectivement entre des moments dépressifs importants avec pleurs (où nous proposons alors l'hospitalisation) suivis bien vite de moments où s'exprime sa personnalité paranoïaque avec gestes de violence à notre égard et menace de nous foutre par la fenêtre. Devant son refus certain de se faire soigner, nous essayons la force, technique que nous

abandonnons bien vite car il est plus fort que nous (et a fait du karaté signale sa femme). Finalement, nous faisons appel à des ambulances spécialisées et après une courte lutte avec nous-mêmes et trois solides ambulanciers, il est dirigé sur l'hôpital et hospitalisé en P.V.

Cette visite est une des plus délicates qu'il nous ait été donné de faire. Urgente en effet devant l'appel anxieux des proches et le danger objectif. La situation était aux extrêmes limites du tenable et l'hospitalisation était tout à fait nécessaire. C'est là une des rares occasions, pratiquement la seule, où il nous a été nécessaire de nous affronter aussi violemment dans un corps à corps avec le malade.

Il est bien certain que cette situation est ambigüe car qui à part nous pouvait agir de la sorte avec ce malade. Est-ce un bien, est-ce un mal que l'on ait pu agir avant une hypothétique intervention de la police (je pense que dans le cas présent c'est un bien) qui n'aurait d'ailleurs pu se produire que s'il y avait eu voix de fait constatées.

oOo

VISITE CHEZ MADAME Q.

Visite demandée en urgence par Monsieur Q. car sa femme a un comportement anormal. Il est même prêt à signer des papiers pour une hospitalisation.

C'est muni de ces simples renseignements que nous nous rendons au domicile des Q.

Il s'agit là d'une histoire extrêmement curieuse. Maison très aisée au milieu de bâtiments abritant une imprimerie.

Monsieur Q. nous reçoit tout d'abord. Sans pouvoir nous donner de détails plus précis, il nous dit que sa femme ne va pas très bien depuis deux ans, c'est-à-dire qu'elle injurie les ouvriers de son imprimerie (12 ouvriers), dernièrement elle a ouvert deux postes de radio en même temps !, elle crie souvent. C'est tout.

Il nous annonce ensuite à Madame Q. (qui n'était pas au courant de notre visite). Madame Q. ne veut tout d'abord pas nous recevoir puis accepte finalement en tête à tête.

Madame Q. a une présentation excellente, petite, assez corpulente, sa parole est explosive, le débit est rapide, elle semble inquiète.

Au cours de l'entretien très long que nous avons avec elle, il ne nous est pas possible de mettre en évidence un quelconque syndrome délirant, une altération des systèmes de déduction logique, du jugement ou même une structure pathologique de la personnalité.

Madame Q. nous explique que la vie ici lui est devenue insupportable, qu'elle est en prise aux incessantes injures de certains employés de son mari, ceux-ci la traitent de pute quand ils la voient et font des gestes obscènes quand elle est à sa fenêtre ; elle a même pris une photo de l'un d'eux dans cette position qu'elle a mis en lieu sûr pour une éventuelle procédure de divorce d'avec son mari (le fait que les ouvriers

aient cette conduite ne sera pas plus tard, lorsque nous les reverrons ensemble, nié par le mari).

Madame Q. est en fait une ancienne employée de Monsieur Q. qui en avait fait sa maîtresse puis l'a épousée il y a deux ans environ tout en ayant des rapports assez équivoques encore actuellement avec les autres employées (fait qu'il ne nie pas). On ne peut ici de la part de la femme parler de délire ou d'interprétations délirantes car les faits sont là. De plus il n'y a pas fixation pathologique de l'attention sur ces faits. Il ne s'agit que de certains employés, il n'y a pas de thème de persécution net, cette conviction n'est pas "extensive". Monsieur Q. devrait congédier ces employés qui insultent ainsi sa femme, or il ne le peut pas car il s'agit d'une véritable "maffia" dit-elle (le terme pourrait être celui d'une délirante) d'employés au travail noir et aux heures supplémentaires non déclarées (le fait est reconnu par Monsieur Q.).

Monsieur Q. ne peut nous apporter aucun trouble du comportement de sa femme si ce n'est un seul : "l'autre jour elle écoutait deux postes à la fois, vous croyez que c'est normal". Madame Q. répond tout à fait normalement qu'elle écoutait effectivement un poste dans une pièce et comme la maison est grande, elle en avait mis un autre, sur la même chaîne, dans une autre pièce pour pouvoir suivre l'émission quand elle se déplaçait. Accusation curieuse ...

Monsieur Q. ne semble pas"malade" mais assez anormalement calme et "compréhensif" pour sa femme qui le dit "faux", ce qui est aussi mon impression. Madame Q. nous montre ensuite des traces de griffes nettes qu'elle porte au cou : "il a essayé de m'étrangler un soir". Monsieur Q. répond qu'il voulait simplement la retenir un soir où elle était un peu agitée mais les traces me semblent bien délimitées et bien fortes...

Au total Madame Q. ne semble pas "folle" comme la présente son mari (et je leur présente ainsi mes conclusions) mais très tendue, inquiète.

S'agit-il d'une manoeuvre du mari pour entamer une éventuelle procédure de divorce ? Subdélire d'une maison ?

Je prescris cependant du Valium 5 à Madame Q. en précisant qu'elle ne le prenne que si elle se sent tendue. Madame Q. ajoute "il veut me faire enfermer pour pouvoir divorcer et me prendre ma petite ..." Nous ne pouvons obtenir d'autres renseignements, la maison est déserte par ailleurs.

Nous quittons Monsieur et Madame Q. en précisant que si quelqu'un le désire nous sommes à sa disposition pour revenir ou pour le voir au dispensaire.

Nous n'en avons plus jamais entendu parler. Il s'agit là d'une des visites à domicile les plus curieuses que nous ayons eues à faire.

Il s'agissait d'une V.A.D. certes mal mise en place car nous ne disposions vraiment pas du minimum de renseignements complémentaires, la situation n'était pas mûre et nous nous sommes peut-être déplacés un peu rapidement. Mais elle était demandée "en urgence" par un mari prêt à signer des papiers d'internement, mais qui plus tard n'a pu absolument donner aucun élément en faveur de la folie de sa femme. Pensait-il en introduisant un psychiatre dans la maison (c'était la première fois que chacun d'eux rencontrait un psychiatre et un médecin n'avait pas été consulté depuis longtemps) qu'il amènerait avec lui la folie dans laquelle se perdrait sa femme.

oOo

VISITE CHEZ MADAME L.

Le Docteur X., médecin généraliste du secteur demande une V.A,D. rapide chez la famille L. car Madame L. s'est agitée à crié, a menacé de se suicider dans la matinée et le Docteur X. consulté, a annoncé notre visite. Nous effectuons la V.A.D. quelques heures après. La famille est là, au complet, Monsieur, les deux filles, le fils, tous en position d'attente. Monsieur L. tout en nous conduisant à une chambre nous répète ce que le Docteur X. nous avait déjà annoncé, nous ouvre la porte et se retire nous laissant seuls avec Madame L. qui s'est désignée ce matin aux yeux de tous comme malade et qui allongée sur un divan, grignarde, apparaît vite comme une personnalité hystérique ayant fait ce matin une crise hystériforme après que la fille aînée ait annoncé qu'elle était très fermement décidée à quitter le domicile familial pour vivre sa vie.

Nous faisons ensuite sortir Madame L. et rentrer la fille qui a été désignée comme la cause de la "maladie" de Madame L. Celle-ci montre rapidement une crise d'opposition de la jeunesse, faisant état de l'incompréhension de ses parents, du conflit des générations, nullement culpabilisée devant l'attitude de sa mère.

Nous nous trouvons donc à l'évidence devant une névrose familiale. Nous décidons donc de réunir ensuite le père, la mère, la fille. Le père apparaît vite comme un personnage faible manifestement dépassé par les évènements. Nous essayons par une sorte de discussion libre de laisser se verbaliser certaines choses (agressivité) qui jusqu'à maintenant n'avaient pu se manifester que sous forme de trouble du comportement puis laissons l'adresse du dispensaire si quelqu'un désirait venir nous voir ...

Nous n'avons pas entendu parler de cette famille jusqu'à maintenant.

Nous voyons ici le temps de travail que demande une V.A.D. telle qu'elle a ainsi été pratiquée (consultation de la mère, de la fille, puis discussion de groupe, faisant appel à des connaissances diverses telle la psychothérapie de groupe à laquelle nous sommes heureusement formés).

Il eut peut-être été plus facile dans une optique traditionnelle de ne considérer et ne traiter que la malade désignée.

oOo

VISITE CHEZ MONSIEUR M.

Lettre de l'assistante sociale de la Caisse Régionale de sécurité sociale de Paris à l'assistante sociale du dispensaire :

Madame,

Ce matin j'ai contacté votre collègue au sujet de Monsieur M. demeurant ...

Ce malade m'avait été signalé par une voisine le 20 Mai dernier, elle présentait le cas d'une façon dramatique. Monsieur M. était seul, sa femme l'avait quitté, il faisait une dépression nerveuse, il ne faisait que boire, et ne mangeait plus, était démuni de ressources et sans travail.

Après son départ, j'ai pris contact avec le Bureau de la Main d'Oeuvre, en fait, il y avait été inscrit jusqu'au ..., avait été radié à partir du ... car il était parti en province chez des amis, et depuis le ... il était en arrêt maladie, il était de retour dans la région parisienne depuis le ...

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un accidenté du Travail, je me suis présentée à son domicile le ..., car le secteur est actuellement vacant.

Ce jour là, je l'ai trouvé en compagnie d'une voisine chez laquelle il prenait ses repas, celle-ci ne laissant jamais répondre Monsieur M. à mes questions, je lui ai demandé de nous laisser seuls, ce qu'elle a assez mal pris ; à ce moment-là, il avait à percevoir le montant de ses indemnités journalières du ... au ... et depuis le ... il est venu à ma permanence au centre de ..., il avait perçu ses prestations en nature ; je lui ai indiqué les papiers à fournir, pour toucher les indemnités journalières, on lui avait remis la formule 2005, pour le chômage, comme il désirait un poste logé, je lui ai également donné les indications pour se faire inscrire au Bureau Paritaire de l'Hôtellerie.

..

Le ... je suis allée au domicile pour savoir où il en était de ses démarches, il n'y avait personne, le ... je me suis de nouveau présentée, il n'y avait encore personne, Je me suis adressée à une voisine de palier, le fils qui m'a reçue m'a dit qu'il ne l'avait pas vu depuis 3 jours, et qu'il s'inquiétait beaucoup, Monsieur M. était dans un état dépressif, et ce jeune homme craignait qu'il n'attente à ses jours.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre cnntact avec cet assuré et si possible d'envoyer un médecin au domicile, pour l'inciter à se faire soigner.

Lors de notre entretien, Monsieur M. m'a donné l'impression de quelqu'un de très faible, qui avait besoin d'un support constant, ses mains tremblent sans arrêt, d'après lui-même il boit beaucoup.

Nous décidons d'effectuer une V.A.D. devant cette situation décrite comme dramatique. Nous ne trouvons personne. Nous effectuons une deuxième visite, personne encore. Nous écrivons alors à Monsieur M. lui indiquant que nous sommes passés le voir après que l'assistante sociale nous ait mis au courant de ses difficultés et lui mentionnons que nous sommes à sa disposition pour le voir en consultation.

A la consultation il se présente assez bien, le contact est bon. Effectivement il a des difficultés : sa femme est partie, il vit seul, cherche du travail, n'a pas d'argent, mais ça commence à aller mieux. La thymie n'est pas dépressive. On ne note pas de signe d'éthylisme, qui n'est pas retrouvé à l'interrogatoire. Il ne voit pas grand chose à nous dire et nous tiendra au courant de ses démarches.

Nous avons là un exemple d'une V.A.D. mal mise en place.

Les renseignements que nous avions reçus nous décrivaient la situation sous un éclairage très sombre mais au lieu de nous précipiter, nous aurions dû lui écrire pour lui fixer rendez-vous directement en consultation ou pour lui annoncer notre visite,

Il n'y avait par ailleurs aucune demande de soins, il était simplement venu nous voir par politesse et nos V.A.D. étaient inutiles. Voilà un homme qui en peu de temps a été littéralement truffé de V.A.D. (assistante sociale puis médecin).

Il est à signaler qu'à notre deuxième visite, une voisine nous a annoncé qu'il n'était pas là, qu'il allait pas mal, très curieuse de savoir qui nous étions. Il est bien sûr que dans ce cas là la multiplicité des V.A.D. n'était pas pour lui faire garder l'anonymat et préserver un éventuel secret médical.

oOo

DISCUSSION SUR
LES V.A.D.

DISCUSSION SUR LES V.A.D.

Comme nous l'avons déjà affirmé, ces V.A.D. telles que nous les avons réalisées et décrites ne sont pas dépourvues d'ambiguité. Bien utiles souvent, elles peuvent facilement devenir une "solution de facilité" vu leurs avantages, mais par leurs difficultés techniques fréquentes et tous les problèmes idéologiques mal résolus qu'elles entraînent (en particulier dans une politique dite de secteur psychiatrique), elles présentent peut-être aussi certains inconvénients que nous essayerons de découvrir.

1 - AVANTAGES DES V.A.D.

Ceux-ci semblent nombreux, nous distinguerons ainsi :

- les avantages pour le médecin psychiatre
- les avantages pour le malade
- les avantages pour la relation
- les avantages pour la communauté.

Avantages pour le psychiatre

- Tout d'abord la V.A.D. permet de mieux évaluer une situation et ainsi d'étayer un diagnostic.

La possibilité de rencontrer le malade chez lui au milieu d'objets familiers hautement significatifs et porteurs d'une charge affective parfois intense permet de se faire au mieux une idée de la personnalité du malade (depuis la disposition des lieux, l'état de propreté de la maison, jusqu'aux goûts artistiques en passant par les photos de famille).

De plus cette personnalité est vue en action car évoluant dans son environnement, ce malade peut être observé dans les conditions les plus proches de la réalité, c'est-à-dire que les symptômes peuvent ~~peut-être~~ mieux être mis en évidence que

lors d'une consultation au dispensaire où le malade est déjà faussement aliéné par tout l'attirail du bureau médical (sièges - livres médicaux divers - appareils médicaux tels le sthéthoscope ou le marteau à réflexe - avec tout ce que cela comporte de défensif pour le médecin), complètement inhibé dans son fauteuil.

- La V.A.D. permet par ailleurs d'entrer en contact avec toute la famille ou tout au moins ceux qui sont le plus impliqués dans la situation actuelle.

Outre la possibilité de porter un diagnostic sur les autres membres de la famille, elle permet de voir le véritable degré de tolérance de l'entourage aux symptômes du malade, on peut ainsi avoir des preuves, juger sur place, juger sur pièces par exemple en cas d'acte clastique.

De plus, est-il possible parfois de poser une indication de traitement pour un autre membre de la famille ("et vous ?").

Peut-être aussi parfois peut-on voir et agir sur l'entourage moins immédiat (concierge - voisins de palier). Je pense au cas d'une dame âgée, isolée et démente, signalée par l'assistante sociale du secteur et qui présentait par ailleurs quelques petites idées de persécution centrées sur les voisins qui s'en occupaient d'ailleurs assez bien et qui nous attendaient au seuil de son domicile avant et après notre visite. Je pense que dans ce cas expliquer le mieux possible la situation a été très salutaire. On pourrait peut-être ainsi déboucher sur de véritables thérapies d'immeuble.

- La V.A.D. permettant d'observer le malade dans son "milieu naturel" (peut-être dans une sorte de conception néo-rousseauiste) et par conséquent si l'on peut dire la folie en liberté sans l'apport de symptômes nouveaux et factices créés de toutes pièces par l'hospitalisation - comme l'écrit Michel Foucault : "le seul lieu possible de réparation de la maladie c'est le milieu naturel de la vie sociale, la famille. Là disparaît le risque de la voir se compliquer dans l'artifice,

se multiplier par elle-même et prendre comme à l'hôpital une forme aberrante d'une maladie de la maladie. En famille, la maladie est à l'état de nature, c'est-à-dire conforme à sa nature propre et librement offerte aux forces régénératrices de la nature. Le regard que les proches portent sur elle a la force vive de la bienveillance et la discrétion de l'expectative. Il y a dans la maladie librement regardée quelque chose qui déjà la compense ..."), celle-ci a certainement une fonction d'enseignement pour tous les soignants ; par ailleurs dans la suite immédiate de la V.A.D. la discussion entre les membres de l'équipe, l'infirmière visiteuse ou le médecin traitant outre sa fonction proprement didactique et de remise en cause personnelle offre certainement l'occasion de résolution de l'angoisse ("cogestion de l'angoisse") que crée presqu'automatiquement chez tout soignant une V.A.D. Nous reviendrons sur ce point.

Avantages pour le malade

- D'abord bien sûr la possibilité de pouvoir bénéficier d'un entretien psychiatrique dans le cas d'incapacité de se déplacer soit par alitement, par fracture, par angoisse, par asthénie ou pour toute autre raison.

- Ensuite la possibilité, comme nous l'avons déjà souligné d'être vu dans un milieu non aliénant, ce qui donne le maximum de chance à une relation authentique. Chez soi, tout est possible, y compris ne pas ouvrir la porte au médecin ou bien le mettre dehors comme cela nous est parfois arrivé.

- Pouvoir bénéficier rapidement d'un service social si besoin est. Nous pouvons citer le cas d'une jeune femme qui après l'incarcération de son mari pour vol a développé rapidement un état confus, anxieux, nécessitant une hospitalisation immédiate. Que faire des trois enfants en bas âge qui vivaient avec elle. Il a bien fallu prendre des décisions très rapides pour les placer d'urgence.

Avantages pour la relation

- Outre la possibilité d'entrer rapidement en contact avec le malade (nous avons vu que cela était à discuter dans chaque cas), la V.A.D. permet bien souvent de dédramatiser une situation, d'éviter l'affolement et parfois de se passer ainsi d'une hospitalisation d'urgence dans des conditions peu favorables (soit que la police soit appelée et que le malade se retrouve à l'hôpital en placement d'office, soit que le médecin généraliste recule devant une décision et hésite à remplir des papiers d'internement dont il n'a guère l'habitude).

- Lorsqu'elle est bien préparée, la V.A.D. permet de venir sur la scène familiale ouvrir la parole pour ainsi dire "in situ", faire entrer la parole par la porte ouverte (ce qui est tout-à-fait différent d'apporter la bonne parole) dans une attitude de neutralité (il n'y a pas de "fautif") ; il n'en faut parfois pas plus pour obtenir une bonne compréhension et amélioration des rapports inter-individuels.

On le voit, il ne s'agit pas du tout là, comme cela se passe ailleurs parfois, d'apporter pratiquement à domicile une néo-institution (avec infirmières - médecin - assistantes sociales - psychologues - secrétaires - aides familiales) qui rapidement occupe l'espace de façon très prégnante et ne serait en fait qu'un service d'hôpital psychiatrique à domicile, n'apportant là comme le dirait Michel Foucault qu'un édifice de plus à "tout le réseau d'institutions qui permet à quelqu'un - médecin, psychanaliste - d'écouter cette parole (du fou) et qui permet en même temps au patient de venir apporter ou désespérément retenir ses pauvres mots".

- Si dans les suites de V.A.D., nous aboutissons à une hospitalisation, le médecin qui a vu le malade peut être le même que celui qui le suivra à l'hôpital. Celui-ci est alors capable d'exposer à l'équipe hospitalière sa perception du malade "à l'extérieur" et d'aider ainsi à une meilleure compréhension du problème. Il en est de même d'ailleurs pour l'infirmière visiteuse qui peut aussi rendre compte de sa vision du malade lors

de la V.A.D., et qui peut parfois pour celui-ci être un lien avec l'extérieur puisqu'il peut la rencontrer dans le service ("vous vous souvenez chez moi tel meuble ..." ou bien encore "pourriez-vous aller chez moi et me ramener ceci" - ce qui peut tout à fait être réalisable).

Nous voyons ainsi un effritement de la dualité si souvent rencontrée dans les services (ou dans l'extra hospitalier), de l'opposition dedans - dehors.

- Pouvoir effectuer la V.A.D. avec le médecin généraliste, nous avons déjà évoqué ce problème, ce qui permet de démystifier le fait psychiatrique, la parole folle, ce qui peut entraîner en pratique une prise en charge médicalisée par le généraliste. A la limite si le cas nécessite une prise en charge psychiatrique (par refus du médecin - par lourdeur du cas ...), le psychiatre mis ainsi sur le même plan que le généraliste ne pourrait-il devenir un "psychiatre de famille".

Avantages pour la communauté

Il s'agit là d'importantes fonctions de dépistage et de prévention de la maladie mentale.

Nous avons vu en cela le rôle des médecins généralistes du secteur qui souvent ont l'occasion d'observer les tous premiers des problèmes psychiatriques et qui ont la possibilité de nous demander d'effectuer une V.A.D. avec eux.

- Mais aussi dans une équipe psychiatrique commence à être bien intégrée dans une communauté, connue, il devient de plus en plus fréquent que l'on fasse appel à elle pour essayer de résoudre divers problèmes en certains lieux, tels par exemple les différents lieux de soins (cliniques locales - hôpitaux généraux locaux) ou de rassemblement de personnes (foyers divers - hospices - écoles, etc...). Bien sûr dans ce cas, il serait peut-être facile de faire de la surenchère et aboutirions-nous rapidement à une consommation psychiatrique exagérée. De toutes façons est ainsi posé le très important problème de la demande

sur lequel nous reviendrons.

- Par ailleurs, dans la population, il est peut-être rassurant (et par là thérapeutique) de savoir que pratiquement tous les jours quelqu'un est disponible (la disponibilité est peut-être une des qualités majeures d'un psychiatre effectuant des V.A.D. en pratique de secteur) pour venir parler de certains problèmes. Il s'agit là certainement de l'aspect S.O.S. du dispensaire et des V.A.D.

- Pouvoir par une V.A.D. psychiatrique évaluer le "risque" réel d'un comportement : risque de suicide, risque d'acte clastique, risque de meurtre. Il s'agit là encore de soupeser une conduite et même si cela se trouve, être thérapeutique. Si police secours était appelé, rapidement bien sûr la racine du mal serait extraite. A ce propos, est-ce un bienfait pour une collectivité d'avoir à faire au psychiatre plutôt qu'à la police ? Cela est toujours discutable. Nous en reparlerons.

II - INCONVENIENTS DES V.A.D. ET PROBLEMES POSES

Dans ce châpitre nous envisagerons "l'envers de la médaille" des V.A.D. et chemin faisant nous serons amenés à découvrir des aspects nouveaux des V.A.D. qui, s'ils ne sont pas à proprement parler des inconvénients, posent cependant de sérieux problèmes.

La V.A.D., le psychiatre et l'équipe "en situation" de V.A.D.

Que représente le psychiatre appelé en V.A.D. pour le malade et sa famille ? Un personnage ambigü, à la fois super-médecin, spécialiste qualifié dont la venue a parfois été conseillée par un autre docteur mais qui se déclarait inapte à répondre à la situation et qui lui-même pouvait de ce fait parfois donner au public une certaine image de ce psychiatre attendu et redouté.

Ce psychiatre outre qu'il est bien sûr investi de tous les pouvoirs chamanistiques pour ainsi dire ordinaires de tout

personnage guérisseur, est reçu comme à la fois le médecin du corps et à la fois le médecin de l'esprit ; on peut l'appeler aussi bien pour des troubles manifestement d'origine mentale extériorisés en particulier par la parole (le délire par exemple - "les bêtises" que le malade dit) que pour des troubles se manifestant plutôt par le corps telles des crises d'hystérie, des manifestations d'angoisse, des pertes de connaissance et il est très intéressant de constater à partir de quand ces troubles physiques vont être repérés comme appartenant au domaine psychiatrique (souvent lorsque les médications biologiques ont été inopérantes ou lorsque, ce qui revient au même, le médecin du corps a dit ou dit que ce n'était plus son rayon ... ; rentre aussi peut-être pour une part en jeu le milieu social, chez les pauvres bien souvent "c'est les nerfs" alors que dans les milieux aisés plus évolués "c'est psychologique". Pour les uns il s'agira donc dans leur demande de retirer quelque chose de mauvais du corps ou de le neutraliser par des médicaments alors que chez les autres il faudra peut-être plus discuter).

Mais ce super-médecin, qui est-il ? Car la plupart du temps, il se présente sans les attributs du docteur, c'est-à-dire qu'il arrive souvent "les mains dans les poches" sans appareils montrant sa puissance et son savoir (sans objets pour mesurer le corps ou pour l'écouter) ; sans trousse (avec tout ce qu'elle peut contenir d'agressif - aiguilles et seringues par exemple), sans appareil à mesurer la tension artérielle (qui représente, on le sait, un des gestes médicaux les plus investis par les malades). Que vient-il faire avec moi s'il ne s'occupe pas de mon corps ? Pourquoi ne m'interroge-t-il pas ? De toutes manières, il ne faut pas dire de bêtises devant lui, mais quoi que je dise il va me juger, et puis venant d'en endroit fou, on ne peut lui parler que de folie. Il est indéniable que le psychiatre apporte pour ainsi dire à domicile à la famille un discours fou. Outre cela, il apporte peut-être parfois le discours des lois ; fantasmatiquement le psychiatre est souvent vécu comme un juge mais il est certain que fréquemment il y a réel-

lement des problèmes quasiment de justice à résoudre (en cas de divorce par exemple). Tout ceci n'est peut-être pas très original et n'est peut-être pas tellement différent de ce qui se passe au dispensaire en consultation mais tout ceci se passe chez le demandeur et c'est précisément cela qui entraîne bien souvent une position difficile pour l'équipe.

L'exercice est en effet souvent périlleux. Il n'y a tout d'abord pas de références, à ma connaissance n'existe pas, et c'est peut-être un bien, de "manuel pratique de V.A.D.". Il faut donc toujours travailler dans l'incertitude, avec l'expérience accumulée mais aussi les surprises quotidiennes. Les moyens de défenses médicaux traditionnels sont inemployables : nous avons vu que le médecin n'a aucun des instruments témoignant de sa puissance ou permettant d'éloigner et de chosifier le malade. En V.A.D. point de bureau médical et de fauteuils bas destinés à écraser le malade mais il faut bien souvent de soi-même s'imposer, trouver sa place, et ne pas hésiter à ôter une pile de linge pour s'asseoir sur le bord d'un lit (cela nous est arrivé), donc remise en cause personnelle physique souvent angoissante. L'équipe psychiatrique ainsi en V.A.D. pourrait bien souvent être dite "au front". C'est peut-être cet aspect de "première ligne au front de la lutte contre la maladie mentale"! qui a pu faire appeler ces équipes "commandos psychiatriques" par un professeur.

Sans référence, sans moyens de défense, le psychiatre ainsi en action manque aussi de temps réflexif avant ses réponses qu'il doit fournir avec peu de latence vu les sollicitations extérieures. Le temps vécu d'une V.A.D. n'est pas le même que celui d'une consultation, plus rythmé, bien que le temps réel soit en fait pratiquement le même que celui d'une première et sérieuse consultation psychiatrique, peut-être plus (de trois quart d'heure à deux heures environ).

Il ne serait peut-être pas inutile d'insister sur les dangers physiques parfois encourus lors d'une V.A.D. mais nous préférons citer WOODBURY lorsqu'il parle des fantasmes qu'entraîne

une V.A.D. en particulier chez les soignants : "rendre visite aux patients chez eux soulevait en chacun de nous des émotions profondes et des fantasmes archaïques : crainte d'être mangé, battu, tué, enlevé, mutilé, déshabillé, défait, humilié, ridiculisé, poursuivi, jeté par l'escalier ou la fenêtre, étranglé, kidnappé, dévalisé. Nous découvrimes plus tard que les patients eux-mêmes éprouvaient des émotions similaires quand nous allions chez eux ou quand ils nous rendaient leur visite ...".

La V.A.D. et les problèmes du secret médical et du serment médical.

Quelques références officielles. La brochure de l'ordre national des médecins destinés aux docteurs en médecine cite l'article 375 du Code Pénal : "les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens, les sages femmes et toute autre personne dépositaire par état ou profession ou par fonction temporaire ou permanente des secrets qu'on leur confie qui, hors les cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 24 000 à 120 000 francs".

Article 7 du code de déontologie des médecins : "le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi" et parmi ces dérogations il faut citer le certificat d'internement : certificat d'internement : "lorsqu'un individu se trouve dans un état mental pathologique compromettant d'ordre public ou la sûreté des personnes, le médecin doit rédiger un certificat d'internement qui comporte obligatoirement une description précise des symptômes et des anomalies du comportement (mais qui n'a pas besoin de s'étendre sur les antécédents héréditaires ou des détails intimes et ne doit pas mettre en cause l'entourage du malade"). Plus loin : "par secrets qu'on leur confie, il faut entendre tout ce que le médecin a pu voir, entendre ou même déduire dans l'exercice

de sa profession qui doit être gardé secret ...". Plus loin encore un passage du serment médical traditionnel dans sa version adaptée par le Conseil National dans sa séance du 20 Juin 1964 : "admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verrons pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés ...".

"Autrefois la santé n'était qu'affaire privée entre le médecin et le malade et la médecine se contentait de porter remède à certaines déficiences individuelles. Au début du 19ème siècle encore, le praticien, ignorant presque tout de la contagion n'avait de rapport qu'avec son patient dans le cadre étroit du groupe familial centré traditionnellement sur l'élément ancien : l'individu ... Le médecin n'intervenait qu'à la demande du malade au profit exclusif du malade, aux frais exclusifs du malade, l'acte médical était un service personnel strictement limité". Ces quelques lignes extraites d'une thèse de médecine consacrée au "secret médical et monde contemporain" situent peut-être bien ce qui est l'essence réelle du secret médical, notion à laquelle l'ordre des médecins accorde une grande importance. Or, qu'en est-il du secret médical en V.A.D. ? Quel intérêt doit entrer en jeu : l'intérêt personnel du malade, l'intérêt du groupe familial, l'intérêt public ?

Il est certain que, en ce qui concerne l'individu, le secret est bien difficile à garder et peut-être même serait-il antithérapeutique d'agir ainsi. En consultations psychiatriques, il est possible de faire sortir les autres membres de la famille du bureau, de ne voir que le malade en entretien particulier, puis de faire rentrer la famille et en présence du malade, essayer d'expliquer la situation sans trop révéler les secrets confiés par le malade (il s'agit là d'une manière de faire tout à fait banale mais je connais beaucoup d'autres lieux, surtout en pratique privée, où cela se passe bien différemment : la famille sans le malade expose ses griefs, le malade rentre ensuite seul dans le bureau médical, le psychiatre revoit ensuite

la famille seule, le secret médical semble bien entamé dans ce cas ...).

Dans une pratique de V.A.D., il est beaucoup plus difficile d'avoir un entretien en tête à tête avec le malade car pour les autres éléments de la famille, tous les moyens sont bons pour venir rompre le dialogue, essayer de venir écouter quelque chose ou ajouter quelque chose ; nous avons à l'esprit une V.A.D. qui se passait dans une salle à manger au cours de laquelle la femme du malade, que nous avions exclue de l'entretien, pas immédiatement d'ailleurs mais parce qu'elle inhibait complètement son mari, est bien entrée dans la pièce à six ou sept reprises sous les prétextes les plus divers : prendre du linge, prendre un porte-monnaire pour payer un livreur, etc...

Je suis amené à penser que en ramenant l'attention sur la famille et non sur un des membres malades (il est cependant parfois indispensable pour étayer un diagnostic clinique de s'entretenir avec le malade seul), la notion de secret médical est élargie au groupe qui doit le partager ; nous avons déjà vu que cela avait en même temps souvent un effet thérapeutique intéressant. C'est-à-dire que, finalement, admis à l'intérieur des maisons, mes yeux essayeront d'y voir avidement ce qui s'y passe et les secrets qui me seront confiés par les uns et les autres, je m'évertuerai à les confronter les uns avec les autres, à leur faire perdre leurs qualités propres de secrets, à les faire advenir dans l'ordre du discours afin que chacun se pose en sujet. Travail effectivement très délicat.

Il conviendrait peut-être d'ajouter que toute V.A.D. psychiatrique est peut-être en elle-même une violation du secret médical car tout psychiatre (connu d'une communauté) frappant à la porte d'un domicile montre ainsi aux yeux de tous que la folie ici y loge.

Tous ces rapports entre V.A.D. et secret médical n'ont à ma connaissance jamais été étudiés au point de vue administratif, il conviendrait peut-être que cela soit entrepris, vu, ici et là, la multiplication de la pratique des V.A.D.

Les V.A.D. et le droit d'entrer chez les gens.

Là encore il s'agit d'une situation qui du point de vue officiel et administratif est très mal définie. En principe chacun est absolument libre de faire chez lui ce qui lui plaît, de recevoir et d'interdire l'entrée de son domicile à qui il veut. Chacun est maître chez lui et en principe "normal". Seule la police a le droit de perquisitionner chez quelqu'un et encore dans des conditions limitées et en possession d'un mandat du juge (nous avons vu que les précautions prises afin de limiter l'emploi de cette procédure ont été récemment remaniées : dorénavant, dans le cadre de la lutte anti-drogue, la police peut entrer, à tout moment - alors qu'auparavant il n'y avait pas de perquisition la nuit - et sans mandat de juge chez un particulier suspect d'employer la drogue). Hors ces cas, tout homme essayant de pénétrer chez un particulier sans son accord commet un délit appelé violation de domicile. Tout homme non, car seul le psychiatre se trouve encore là dans une situation paradoxale. Je pense qu'il n'y a pas un psychiatre habitué à effectuer des V.A.D. qui puisse affirmer qu'il n'a pas un jour mis le pied dans l'ouverture de la porte devant un refus d'être reçu par un malade, je pense même qu'il n'y en a pas un pour affirmer qu'il n'a pas essayé une fois d'enfoncer une porte (peut-être essayé simplement) croyant que son devoir médical lui ordonnait d'aller se rendre compte de ce qui se passait à l'intéreiur (de violation de domicile à non assistance à personne en danger ...). Or, le personnage du psychiatre est si ambigü, il est censé être si puissant, apportant avec lui des relents de préfecture de police et d'internement (faire enfermer chez les fous) souvent bien mis en évidence par une tierce personne que le malade n'ose pas (c'est peut-être le début d'une aliénation) lui refuser l'entrée de son domicile. Une certaine passivité du malade (qui s'explique autrement que par une demande sous jacente) est le plus souvent rencontrée, ce qui pourrait entraîner, pensons-nous, bien des abus.

V.A.D. et problèmes du libre choix.

Cette notion de libre choix du médecin par le malade est une notion à laquelle le corps médical français accorde une grande importance et l'idée de secteur psychiatrique a reçu comme critique entre autres, que le libre choix y était impossible. En fait, il faut souligner qu'il s'agit d'une équipe médico-psycho-sociale dans laquelle en principe plusieurs médecins travaillent et que le malade, finalement, peut choisir celui qui lui convient le mieux. Bien sûr, aller consulter un médecin est toujours une surprise pour les deux protagonistes, et comme tout colloque humain, un risque pris à deux, mais il semble, encore une fois, que lors d'nne V.A.D., la notion de libre choix soit bien battue en brèche. Bien sûr, le libre choix c'est aussi et surtout le consentement du malade à l'acte médical et il semble que chez quelqu'un qui, malade, refuse des soins, il s'agisse plutôt dans ce cas de libre choix de la famille.

Ce problème de libre choix est indissociable à mon avis de celui concernant la gratuité des soins.

V.A.D. et problèmes de la gratuité des soins

Les gens visités sont fréquemment très surpris lorsque nous leur annonçons que la V.A.D. est gratuite, que nous sommes "payés par l'état" et peut-être même parfois inquiets, y compris les personnes qui ont fait appel à nous pour soigneur un membre de la famille malade et non consentant à se faire traiter. Contents de nous voir arriver, souvent contents de nous voir repartir, je suppose qu'ils sont inquiets de ne pas payer, car ainsi le problème n'est pas clos, une porte est ouverte pour l'avenir à d'autres V.A.D., du moins cela doit-il se passer ainsi fantasmatiquement.

D'un autre côté, la gratuité de la V.A.D. aide à maintenir un certain climat de neutralité. Personne ne peut acheter

le psychiatre visiteur (et prendre en considération d'où vient cette offre dans une famille est certainement très important), ce qui lui permet d'agir avec beaucoup plus de liberté ne devant rien à personne.

oOo

CONCLUSION

CONCLUSION

C'est un fait, les V. A. D. sont à la mode dans les milieux psychiatriques. Il n'y a pas une conversation avec un confrère où celui-ci, n'ayant parfois aucune pratique de V. A. D. , ne les présente comme un instrument d'avenir dans les mains du psychiatre. Plus, on perçoit fréquemment une certaine jalousie vis-à-vis de celui qui va voir chez les malades (y aurait-il une pulsion générale à voir, en rapport avec un certain voyeurisme. Il est certain que le médecin est celui qui peut voir, en particulier le corps nu, mais depuis longtemps la science médicale cherche à pénétrer à l'intérieur du corps humain. Un très beau documentaire montrant les différentes techniques permettant d'accéder à l'intérieur du corps passait ces dernières années sur nos écrans. Le psychiatre ne va-t-il pas dans ce sens général en essayant de pénétrer chez les gens).

Méthode d'avenir ? Voyons cela.

Il est intéressant de noter que si l'hôpital psychiatrique a été créé pour répondre aux désirs des populations (désir d'éloigner, de contenir en certains lieux la folie), les V. A. D. psychiatriques, elles, ont été créées par le désir des psychiatres : nous l'avons vu, désir de sortir de l'hôpital, désir de transformer sa propre passivité en activité. Certainement, désir valable de bien faire. Mais si l'on y réfléchit, tout désir unilatéral se termine toujours mal et c'est peut-être là qu'il conviendrait certainement de se pencher sur la notion de demande, en particulier dans le cadre de la politique de secteur. Qu'attendent les usagers du service public psychiatrique ? Nous laisserons ici la parole à Sigg : "la demande de soins, indice particulièrement riche, mérite donc toute notre attention. Or, la demande, comportement ou discours

destiné à un ou des récepteurs dans le but d'amorcer un échange n'est pas lié à un objet exclusif et en particulier à celui qu'elle dit viser. La chaîne est, en effet, complexe qui, partant des besoins et désirs du sujet, par l'intermédiaire des aspirations et de la demande, va jusquà la réalisation. Profondément déterminée par l'impact du désir, surdéterminée par le contexte et le récepteur lui-même, la demande ne s'exprime qu'à travers les processus similaires du langage et de l'inconscient : métaphore, métonymie, glissement de sens , polysémie, etc ... On ne peut donc s'étonner que la demande vise souvent autre chose que ce qu'elle dit : la demande d'hospitalisation peut ainsi s'accompagner d'un refus des soins médicaux ou chirurgicaux proposés, révèlant ainsi qu'elle est en fait demande de protection ou deman - de soins maternels, ou demande de secours écoromiques ou demande de rejet ...

Ce phénomène, bien connu, de méta-demande pourrait-on dire, exigerait des techniciens vers qui sont émises les demandes, une formation leur permettant de prendre en compte la totalité de la demande afin d'en retrouver la visée fondamentale. Sinon s'ensuivent des consommations de soins dites "abusives", sur lesquelles on a fort souhaité rejeter tout ou partie de l'accroissement des dépenses de soins; or, si la demande ne peut qu'être le fait de l'usager, c'est au technicien récepteur de la demande qu'il incombe non seulement de l'aider à s'exprimer et à répérer son objet réel, mais plus encore à prescrire ce qu'il en sera des soins à consommer : l'abus - si abus il y a - ne ressort donc pas du demandeur et de sa demande mais du récepteur et de sa décision".

Si nous avons cité Sigg autant, c'est que nous retrouvons là deux idées qui sont au centre de nos préoccupations : la notion de demande et celle de surconsommation de soins. Nous avons vu comment tout au long de notre pratique journalière nous nous efforcions d'appliquer ces idées. Ainsi pourraient être évités au niveau du secteur des dangers d'une psychocratie ou d'un impérialisme de l'hygiène mentale souvent dénoncés et très évidents dans les V. A. D. , mais peut-être serait-il souhaitable que les deux désirs : désir du psychiatre et désir de l'usager, soient confrontés afin de mieux

s'ajuster (comme le dit Sigg : "la véritable révolution psychiatrique reste à faire avec et par les usagers, pour les usagers").

Ces quelques réflexions gagneraient peut-être à être appliquées au cas de la médecine générale où le problème n'est plus simple qu'en apparence : le médecin arrive, croyant savoir ce qu'il a à faire, connaissant la demande, faire taire un symptome ...

Mais c'est tout le problème de la prise en charge par la société de sa propre santé (mais qu'est-ce que la santé ?) qui suscitera encore bien des débats. En attendant : des visites à domicile ? Oui, mais.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Pr. BOURGUIGNON

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. RAPIN

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de PARIS

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

ARTIGUE

Les Psychiatres - Les généralités. A chacun sa vérité.
In l'Information psychiatrique 1966.

BARBOTTE

Médecine - Medecin - Malade.
Thèse 1956.

BEAUDOIN

Le malade mental dans la cité.

BONNAFE

Le personnage du psychiatre.
In l'évolution psychiatrique 1948 et 1967.

CARRERE

Hypothèse technocratique sur l'assistance psychiatrique.
In Annales médico-psychologiques.

CHANOIT Pierre

Tendances actuelles de l'assistance psychiatrique vers une assistance dégagée de la notion d'aliénation.
Thèse 1955.

COTTRAUX

Infirmière d'hôpitaux psychiatriques au domicile du malade.
In l'information psychiatrique 1969.

DAUMEZON

La psychiatrie de secteur.
In présence 1960.

DAUMEZON

Problèmes de la spychiatrie de secteur en France.
In l'information psychiatrique 1964.

DUPUY et DAUMEZON

De l'importance des V. A. D. dans le cas de psychopathie familiale.
In Annales médico-psychologiques 1937.

DIATKINE Gilbert

La psychiatrie de secteur et les urgences.
Thèse 1970.

DROIN

Soins à domicile au Québec.
In l'information psychiatrique 1969.

DUCHENE

Le malade mental et sa famille.
In Présence 1960.

FERE

Du traitement des aliénés dans les familles (1889).

FOLLIN

L'internement pourrait être l'exception.
In annales médico-psychologiques 1954.

GERAUD

Le médecin et son malade - Mataphysique de la guérison.

ISRAEL

Le médecin face au malade.
(Ch. Dessait - Edit. Bruxelles).

LEGENDRE

Secret médical et monde contemporain - Commentaires perspectives d'avenir.
Thèse 1955.

LERNO

Assistance psychiatrique de secteur.
Thèse 1967.

MARTIN Eric

L'urgence psychiatrique.
Thèse 1965.

MIGNOT

Libre choix et psychiatrie.
In l'Evolution psychiatrique 1969.

NICAISE

Fondements théoriques de la psychiatrie de secteur.
Thèse 1961.

OULES Jean

Le psychiatre dans la cité.

PAUMELLE

L'intervention à domicile.
In l'Information psychiatrique 1969.

PAUMELLE

L'apport analytique au secteur.
In l'information psychiatrique 1969.

PAUMELLE

L'urgence en psychiatrie.
In l'Information psychiatrique 1958.

ROPERT

L'aide immédiate aux malades mentaux.
In Cahiers de l'Hôpital Henri Roussel 1966.

SEMUC

Etats réactionnels en psychiatrie.
Thèse 1959.

SIGG

Psychiatrie et démocratie.
(Cahiers du centre d'étude et de recherche marxiste).

SIVADON

L'assistance hospitalière.
In Annales médico-psychologiques 1947.

SUBRA

Le psychiatre et la prévention.
In l'Information psychiatrique 1970.

TRICOT

La presse quotidienne et la maladie mentale.
Thèse 1967.

TORRIS Georges

L'acte médical et le caractère du malade.

VALABREGA

La relation thérapeutique.
(Flammarion 1962).

VEIL

Urgences en psychiatrie de dispensaire.
In Annales médico-psychologiques 1957.

VIE et CHANES

Les infirmiers visiteurs des colonies familiales d'aliénés.
In Archives internationale de neurologie 1953.

VIGNALOU

Rapports médecin malade.
Thèse 1965.

WOODBURY

Le psychiatre et la communauté.
In Perspective psychiatrique 1967.

oOo